

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

Año 52 / Volumen 45

Suplemento 1 / Diciembre 2016



Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Director: Carlos Gómez-Restrepo

www.elsevier.es/rcp

www.psiquiatria.org.co

ISSN: 0034-7450

REVISTA COLOMBIANA DE
PSIQUIATRÍA
LACP

REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA



Publicación trimestral de la Asociación
Colombiana de Psiquiatría

Fundada en 1964

www.psiquiatria.org.co

© Copyright 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría

La Revista Colombiana de Psiquiatría está indexada en:

PsycINFO, SciELO, DOAJ, REDALYC, PSICODOC, Pubindex (categoría A1), EBSCO, Banco Nacional de Datos en Salud y Ciencias Biomédicas, Periódica, Literatura Latinoamericana y del Caribe en Ciencias de la Salud (Lilacs), Latindex, Índice Mexicano de Revistas Biomédicas (Imbiomed) y Catálogo BIBLOS.

Correspondencia:

Cra. 18 No. 84-87, Of. 403
Bogotá, Colombia
Tels.: (571) 2561148, 8016691; fax: 2563549
revista@psiquiatria.org.co



Edición:

Elsevier España, S.L.U.
Av. Josep Tarradellas, 20-30
08029 Barcelona (España)
Zurbano, 76
28010 Madrid (España)

Miembro de la Asociación de Prensa Profesional. Sección Ciencias de la Salud

Reservados todos los derechos. El contenido de la presente publicación no puede ser reproducido, ni transmitido por ningún procedimiento electrónico o mecánico, incluyendo fotocopia, grabación magnética, ni registrado por ningún sistema de recuperación de información, en ninguna forma, ni por ningún medio, sin la previa autorización por escrito del titular de los derechos de explotación de la misma.

ELSEVIER ESPAÑA, a los efectos previstos en el artículo 32.1 párrafo segundo del vigente TRLPI, se opone de forma expresa al uso parcial o total de las páginas de Revista Colombiana de Psiquiatría con el propósito de elaborar resúmenes de prensa con fines comerciales.

Cualquier forma de reproducción, distribución, comunicación pública o transformación de esta obra sólo puede ser realizada con la autorización de sus titulares, salvo excepción prevista por la ley. Diríjase a CEDRO (Centro Español de Derechos Reprográficos, www.cedro.org) si necesita fotocopiar o escanear algún fragmento de esta obra.

Ni Elsevier ni la Asociación Colombiana de Psiquiatría tendrán responsabilidad alguna por las lesiones y/o daños sobre personas o bienes que sean el resultado de presuntas declaraciones difamatorias, violaciones de derechos de propiedad intelectual, industrial o privacidad, responsabilidad por producto o negligencia. Tampoco asumirán responsabilidad alguna por la aplicación o utilización de los métodos, productos, instrucciones o ideas descritos en el presente material. En particular, se recomienda realizar una verificación independiente de los diagnósticos y de las dosis farmacológicas.

Aunque el material publicitario se ajusta a los estándares éticos (médicos), su inclusión en esta publicación no constituye garantía ni refrendo alguno de la calidad o valor de dicho producto, ni de las afirmaciones realizadas por su fabricante.

Disponible en internet: www.elsevier.es/rpc

Tarifa de suscripción anual online 65,06 € (IVA incluido).

Atención al cliente

Elsevier España, S.L.U.
Av. Josep Tarradellas, 20-30
08029 Barcelona (España)
Tel. 902 888 740

Correo electrónico: suscripciones@elsevier.com

Protección de datos: Elsevier España, S.L.U. declara cumplir lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

Impresión

Editorial Kimpres Ltda.

Esta revista está hecha con papel sin ácido

ISSN: 0034-7450

Depósito Legal: B 23638-2016

Director-Editor

Carlos A. Palacio A. (Universidad de Antioquia)

Comité Editorial

César Augusto Arango Dávila, MD, PhD
Rubén Ardila, PhD
Jaime Eduardo Bernal, MD, PhD
Antonio Bulbena Vilarrasa, MD, MSc España
Gerardo Campo Cabal, MD, MMED
Carlos Gómez-Restrepo, MD, MSc

María Isabel Gutiérrez, MD, MSc, PhD
Carlos López Jaramillo, MD, MSc, PhD
Iván Darío Montoya, MD, MSc Estados Unidos
Carlos Palacio Acosta, MD, Maestría
María Nelcy Rodríguez, Bioestadística, MPH
Maritza Rodríguez Guarín, MD, Maestría

Comité Científico Nacional

Gonzalo Arboleda (Universidad del Rosario)
Ricardo De la Espriella Guerrero (Universidad Juan N. Corpas)
Franklin Escobar Córdoba (Universidad Nacional)
Carlos Filizzola Donado (Universidad Javeriana)
Marco Fierro Urresta (Universidad del Rosario)
Álvaro Franco Zuluaga (Universidad del Bosque)
Jenny García Valencia (Universidad de Antioquia)
José Antonio Garcandía Imaz (Universidad Javeriana)
Luis Eduardo Jaramillo González (Universidad Nacional)
Diana Matallana Eslava (Universidad Javeriana)
Alexánder Pinzón Amado (Universidad Industrial de Santander)
Hernán Rincón Hoyos (ICESI)
Juan Carlos Rivas (Universidad del Valle)
Germán Rueda Jaimes (Universidad Autónoma de Bucaramanga)
Ricardo Sánchez Pedraza (Universidad Nacional)
César Sánchez Vergara (Universidad de Cartagena)
Miguel Uribe Restrepo (Universidad Javeriana)

Comité Científico Internacional

Sergio Aguilar-Gaxiola (Estados Unidos)
Renato Alarcón (Estados Unidos)
Victoria Arango (Estados Unidos)
Shrikant Bangdiwala (Estados Unidos)
Germán Berrios (Reino Unido)
Javier I. Escobar (Estados Unidos)
José de León (Estados Unidos)
Paola Leone Campo (España)
Fernando Lolas (Chile)
Manuel Martín (España)
Juan Mezzich (Estados Unidos)
Ricardo Millán-González (Costa Rica)
Robert Schwartz (Estados Unidos)
Mauricio Sierra-Siegerd (Reino Unido)
Sergio Strejilevich (Argentina)
Rebecca Syed (Reino Unido)
Marta Torrens (España)
Mark Underwood (Estados Unidos)
Benjamín Vicente (Chile)
Eduard Vieta (España)
Milton Wainberg (Estados Unidos)

Junta Directiva de la Asociación Colombiana de Psiquiatría 2015-2016

Presidente: Hernán G. Rincón H.

Vicepresidenta: Marcela Alzate García

Tesorero: Juan A. Isaac L.

Secretaria: Ana María Cano R.

Vocales: Juan D. Ávila C., Iván A. Jiménez R., German R. Casas N., German E. Rueda J., Dora Luz González J., Delia C. Hernández L.

Representante de programas de postgrados de psiquiatría: Rodrigo N. Córdoba

Representante nacional de residentes: Rafael J. Miranda Jiménez.

Revisor fiscal: Henry Eduardo Ortega Reyes

Suplente del revisor fiscal: Ricardo Machado Viasús

Directores anteriores

Ricardo Azuero (1964-1965)
Humberto Rosselli (1966-1970; 1971-1979)
Alejandro Pinto (1970-1971)
Rafael Salamanca (1979-1983)
Roberto Chaskel (1983-1994)
Carlos Arteaga (1994-2002)
Carlos Gómez-Restrepo (2003-2012)

Revista Colombiana de Psiquiatría • Volumen 45 • Suplemento 1 • 2016

CONTENIDO

Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Editorial

La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015

Carlos Gómez-Restrepo 1

Artículos originales

Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio

Carlos Gómez-Restrepo, Cecilia de Santacruz, María Nelcy Rodríguez, Viviana Rodríguez, Nathalie Tamayo Martínez, Diana Matallana y Lina M. Gonzalez 2

Diseño e implementación de los instrumentos de recolección de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015

Viviana Rodríguez, Socorro Moreno, Jhon Camacho, Carlos Gómez-Restrepo, Cecilia de Santacruz, María Nelcy Rodríguez y Nathalie Tamayo Martínez 9

La construcción de un componente de salud mental para la encuesta nacional. ENSM-2015, Colombia

Cecilia de Santacruz, Nubia Torres, Carlos Gómez-Restrepo, Diana Matallana y Juan Pablo Borda 19

Aspectos metodológicos del diseño de muestra para la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Nelcy Rodríguez, Viviana Alejandra Rodríguez, Eugenia Ramírez, Sandra Cediel, Fabián Gil y Martín Alonso Rondón 26

Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015

Hoover Quitian, Rafael E. Ruiz-Gaviria, Carlos Gómez-Restrepo y Martín Rondón 31

Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015

Carlos Gómez-Restrepo, Javier Aulí, Nathalie Tamayo Martínez, Fabián Gil, Daniel Garzón y Germán Casas 39

Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Carlos Gómez-Restrepo, Adriana Bohórquez, Nathalie Tamayo Martínez, Martín Rondón, Nubia Bautista, Herney Rengifo y Mauricio Medina Rico 50

Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo Martínez, Adriana Bohórquez, Martín Rondón, Mauricio Medina Rico, Hernet Rengifo y Nubia Bautista 58

Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Alvaro Arenas, Carlos Gómez-Restrepo y Martín Rondón 68

Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Ricardo Andrés de la Espriella Guerrero, Viviana Rodríguez, Carlos J. Rincón, Diana Cabrera Morales, Sandy Johanna Pérez Rodríguez y Carlos Gómez-Restrepo 76

Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia

Lina María González, Rolando Enrique Peñaloza, María Alexandra Matallana, Fabián Gil, Carlos Gómez-Restrepo y Angela Patricia Vega Landaeta 89

El reconocimiento de emociones, la empatía y los juicios morales en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 en Colombia

Diana Matallana, Carlos Gómez-Restrepo, Paulina Ramírez, Nathalie Tamayo Martínez y Martín Rondón 96

Deserción escolar de adolescentes a partir de un estudio de corte transversal: Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015

Carlos Gómez-Restrepo, Andrea Padilla Muñoz y Carlos Javier Rincón 105

Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Nathalie Tamayo Martínez, Carlos Javier Rincón Rodríguez, Cecilia de Santacruz, Nubia Bautista Bautista, Jaime Collazos y Carlos Gómez-Restrepo 113

Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Carlos Gómez-Restrepo, Carlos Javier Rincón y Zulma Urrego-Mendoza 119

Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Gabriel Fernando Oviedo, Carlos Gómez-Restrepo, Martín Rondón, Juan Pablo Borda Bohigas y Nathalie Tamayo Martínez 127

Prevalencia de posibles trastornos mentales en niños con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015

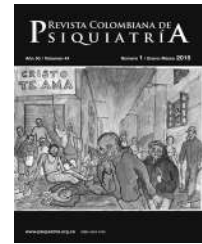
Carlos Gómez-Restrepo, Sandra Ramírez, Nathalie Tamayo Martínez, María Nelcy Rodríguez, Andrea Rodríguez y Herney Rengifo 135

Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015

Nathalie Tamayo Martínez, Carlos Gómez-Restrepo, Sandra Ramírez y María Nelcy Rodríguez 141

Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana

Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo-Martínez, Giancarlo Buitrago, Carol Cristina Guarnizo-Herreño, Nathaly Garzón-Orjuela, Javier Eslava-Schmalbach, Esther de Vries, Herney Rengifo, Andrea Rodríguez y Carlos Javier Rincón 147



Revista Colombiana de Psiquiatría • Volume 45 • Supplement 1 • 2016

CONTENTS

Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

Editorial

National Mental Health Survey- NMHST 2015

Carlos Gómez-Restrepo 1

Original Articles

Colombia 2015 National Mental Health Survey. Study Protocol

Carlos Gómez-Restrepo, Cecilia de Santacruz, María Nelcy Rodríguez, Viviana Rodríguez, Nathalie Tamayo Martínez, Diana Matallana and Lina M. Gonzalez 2

Design and Implementation of the Data Collection Tools for National Mental Health Survey of Colombia, 2015

Viviana Rodríguez, Socorro Moreno, Jhon Camacho, Carlos Gómez-Restrepo, Cecilia de Santacruz, María Nelcy Rodríguez and Nathalie Tamayo Martínez 9

The Construction of a Mental Health Component for the National Survey: NMHS 2015, Colombia

Cecilia de Santacruz, Nubia Torres, Carlos Gómez-Restrepo, Diana Matallana and Juan Pablo Borda 19

Methodological Aspects of the Sampling Design for the 2015 National Mental Health Survey

Nelcy Rodríguez, Viviana Alejandra Rodríguez, Eugenia Ramírez, Sandra Cediél, Fabián Gil and Martín Alonso Rondón 26

Poverty and Mental Disorders in the Colombian Population: National Mental Health Survey 2015

Hoover Quitian, Rafael E. Ruiz-Gaviria, Carlos Gómez-Restrepo and Martín Rondón 31

Prevalence and Associated Factors of Mental Disorders in Colombian Child Population, the 2015 National Mental Health Survey

Carlos Gómez-Restrepo, Javier Aulí, Nathalie Tamayo Martínez, Fabián Gil, Daniel Garzón and Germán Casas 39

Depression and Anxiety Disorders and Associated Factors in the Adolescent Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey

Carlos Gómez-Restrepo, Adriana Bohórquez, Nathalie Tamayo Martínez, Martín Rondón, Nubia Bautista, Herney Rengifo and Mauricio Medina Rico 50

Depression and Anxiety Disorders and Associated Factors in the Adult Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey

Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo Martínez, Adriana Bohórquez, Martín Rondón, Mauricio Medina Rico, Hernet Rengifo and Nubia Bautista 58

Suicidal Behaviour and Associated Factors in Colombia. Results from the 2015 National Mental Health Survey

Alvaro Arenas, Carlos Gómez-Restrepo and Martín Rondón 68

Alcohol Consumption in the Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey

Ricardo Andrés de la Espriella Guerrero, Viviana Rodríguez, Carlos J. Rincón, Diana Cabrera Morales, Sandy Johanna Pérez Rodríguez and Carlos Gómez-Restrepo 76

Determining Factors in the Access to Mental Health Services by the Adult Colombian Population

Lina María González, Rolando Enrique Peñaloza, María Alexandra Matallana, Fabián Gil, Carlos Gómez-Restrepo and Angela Patricia Vega Landaeta 89

The Recognition of Emotions, Empathy and Moral Judgment in the National Mental Health Survey in Colombia, 2015

Diana Matallana, Carlos Gómez-Restrepo, Paulina Ramírez, Nathalie Tamayo Martínez and Martín Rondón 96

A Cross-sectional Study of School dropout in adolescents: National Mental Health Survey Colombia 2015

Carlos Gómez-Restrepo, Andrea Padilla Muñoz and Carlos Javier Rincón 105

Mental Problems, Mood and Anxiety Disorders in The Population Displaced by Violence in Colombia; Results of The National Mental Health Survey 2015

Nathalie Tamayo Martínez, Carlos Javier Rincón Rodríguez, Cecilia de Santacruz, Nubia Bautista Bautista, Jaime Collazos and Carlos Gómez-Restrepo 113

Mental Health, Emotional Suffering, Mental Problems and Disorders in Indigenous Colombians. Data From the National Mental Health Survey 2015

Carlos Gómez-Restrepo, Carlos Javier Rincón and Zulma Urrego-Mendoza 119

Personality Traits Screening in a Colombian Adult Population Sample — Colombian National Survey of Mental Health-2015

Gabriel Fernando Oviedo, Carlos Gómez-Restrepo, Martín Rondón, Juan Pablo Borda Bohigas and Nathalie Tamayo Martínez 127

Probable Mental Health Disorders Prevalence in Children With Chronic Conditions. Results From the National Mental Health Survey of Colombia 2015

Carlos Gómez-Restrepo, Sandra Ramirez, Nathalie Tamayo Martínez, María Nelcy Rodríguez, Andrea Rodríguez and Herney Rengifo 135

Prevalence of Mood and Anxiety Disorders on People with Chronic Conditions. Results from the National Mental Health Survey in Colombia 2015

Nathalie Tamayo Martínez, Carlos Gómez-Restrepo, Sandra Ramirez and María Nelcy Rodríguez 141

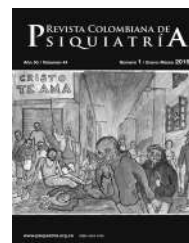
Violence due to Armed Conflict and Prevalence of Mood Disorders, Anxiety and Mental Problems in the Colombian Adult Population

Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo-Martínez, Giancarlo Buitrago, Carol Cristina Guarnizo-Herreño, Nathaly Garzón-Orjuela, Javier Eslava-Schmalbach, Esther de Vries, Herney Rengifo, Andrea Rodríguez and Carlos Javier Rincón 147



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Editorial

La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015



National Mental Health Survey- NMHST 2015

La Encuesta Nacional de Salud Mental-ENSM 2015, apoyada por el Ministerio de Salud y Protección Social y Colciencias, realizada por la Pontificia Universidad Javeriana en alianza con Datos, Procesos y Tecnología - SAS, es la cuarta de este tipo en Colombia. Entrevistó a 15.531 personas con el objetivo de: *Brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, trastornos mentales, la accesibilidad a los servicios y medicamentos, de la población colombiana rural y urbana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad.*

La intención de actualizar, considerada en el objetivo, refiere también a la necesidad de situar el estudio históricamente y contextualizarlo, determinando sus posibilidades o limitaciones para responder a las exigencias actuales de información, dado que los cambios vividos en el país, particularmente en la última década, en lo tocante a las orientaciones políticas y normativas, los aportes conceptuales y los procesos sociales, culturales y políticos, han reconfigurado de manera significativa el campo de la salud mental.

Lo anterior supuso una estructuración original de la ENSM 2015, en cuanto a:

- Elaboración de un componente específico de salud mental contemplando la ética en las relaciones y la cognición social.
- Extensión de la edad tope de la muestra para incluir a niños (7 a 11 años) y personas adultas mayores de 65 años.
- Identificación en todos los grupos de edad de problemas del comportamiento y en las actividades de la vida diaria.

- Selección de algunas patologías mentales a indagar según prevalencia y características relevantes.
- Comorbilidad de trastornos físicos y mentales.
- Datos acerca de acceso, uso de medicamentos psiquiátricos, otras intervenciones en el sector salud y recursos sociales y comunitarios.
- Medición de los estados de salud y su valoración por los participantes en el estudio.

Así mismo, condujo a orientar la indagación en torno a 6 grandes temas: aspectos sociodemográficos (incluyendo el Índice de Pobreza Multidimensional - IPM); salud mental; problemas; servicios de salud y medicamentos; valoración de los estados de salud, abordados desde los enfoques de derechos, diferencial y de determinantes sociales.

Los 15 artículos que se presentan en este número exponen parte de los resultados de la ENSM 2015 y pensamos servirán para profundizar en aspectos prioritarios de la salud mental en nuestro país.

Carlos Gómez-Restrepo
Director ENSM-2015

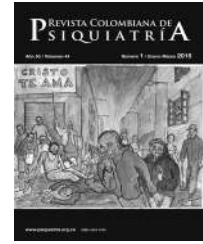
Y Cecilia de Santacruz-Subdirectora científica ENSM-2015

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co
0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en
nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.
<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.006>



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio



Carlos Gómez-Restrepo^{a,*}, Cecilia de Santacruz^b, María Nelcy Rodríguez^c,
Viviana Rodríguez^c, Nathalie Tamayo Martínez^c, Diana Matallana^b
y Lina M. Gonzalez^c

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^b Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 15 de abril de 2016

On-line el 2 de julio de 2016

Palabras clave:

Encuesta nacional

Salud mental

Trastornos mentales

Servicios de salud mental

R E S U M E N

Introducción: La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) es la cuarta que se realiza en el país y se enmarca en el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud de Colombia.

Métodos: Se presenta una descripción narrativa de los antecedentes, los referentes, el proceso de elaboración y las características del protocolo de la ENSM 2015. La ENSM 2015 y el protocolo parten de unos requisitos que dan soporte a las políticas nacionales en salud e internacionales relacionadas con salud mental. Para su elaboración se trabaja junto con el Ministerio de Salud y Protección Social para definir los objetivos, los instrumentos de recolección, la muestra y el plan operativo. Como objetivo principal se definió brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales, la accesibilidad de 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. Para ello se decidió realizar un estudio observacional de corte transversal en el ámbito nacional, con representatividad nacional, regional y por franjas de edad: 7-11, 12-17 y ≥ 18 años. Las regiones consideradas fueron: Central, Oriental, Atlántica, Pacífica y Bogotá, con un tamaño de muestra total calculado como mínimo de 12.080 sujetos y máximo de 14.496.

Conclusiones: Se presenta un breve resumen del protocolo que puede ser consultado en su totalidad en la página web del MSPS que incluye los instrumentos de recolección.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Colombia 2015 National Mental Health Survey. Study Protocol

A B S T R A C T

Keywords:

Health surveys
Mental health
Mental disorders
Mental health services

Introduction: The 2015 National Mental Health Survey (NMHS) is the fourth mental survey conducted in Colombia, and is part of the National System of Surveys and Population Studies for health.

Methods: A narrative description is used to explain the background, references, the preparation, and characteristics of the 2015 NMHS. The 2015 NMHS and its protocol emerge from the requirements that support the national and international policies related to mental health. Together with the Ministry of Health and Social Protection, the objectives, the collection tools, the sample, and the operational plan are defined. The main objective was to obtain updated information about the mental health, mental problems and disorders, accessibility to health services, and an evaluation of health conditions. Participants were inhabitants from both urban and rural areas, over 7 years old, and in whom the comprehension of social determinants and equity were privileged. An observational cross-sectional design with national, regional and age group representativity, was used. The age groups selected were 7-11, 12-17, and over 18 years old. The regions considered were Central, Orient, Atlantic, Pacific, and Bogota. The calculated sample had a minimum of 12,080 and a maximum of 14,496 participants.

Conclusions: A brief summary of the protocol of the 2015 NMHS is presented. The full document with all the collection tools can be consulted on the Health Ministry webpage.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que «una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentarse a las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad»¹; sin embargo, esta se puede afectar con problemas y trastornos que se expresan en la relación que tiene el individuo consigo mismo, los demás y su ambiente, lo que genera gran discapacidad y afecta a la calidad de vida. Por esto la OMS ha diseñado la Iniciativa de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), llevada a cabo en veintiocho países de todos los continentes para identificar las dificultades en esta área, cuya información permita tomar acciones locales que disminuyan el malestar y la carga. Esto se ve reflejado en los requerimientos nacionales de dichas encuestas para poder definir y ejecutar políticas públicas de salud mental, lo que el sistema nacional de estudios y encuestas poblacionales para la salud prevé². El objetivo de este artículo es presentar una descripción narrativa de los requerimientos de los que parte y del proceso de elaboración del protocolo de la ENSM 2015.

Antecedentes

La ENSM 2015 es la cuarta que se realiza en el país; las anteriores corresponden a los años 1993, 1997 y 2003. Enmarcada en el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud de Colombia, constituye un soporte del Plan decenal de salud pública (PDSP) 2012-2021³, se acoge a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y a los de la OMS

de vigorizar la capacidad investigadora y obtener información adecuada para adoptar las mejores decisiones.

Para el desarrollo del estudio, a finales de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS) invitaron a presentar propuestas para ejecutar la ENSM sobre la base de un protocolo ya existente. Sin embargo, dados los cambios sociales y en las políticas acaecidos desde su elaboración, la Pontificia Universidad Javeriana planteó un protocolo, con el supuesto de que un estudio poblacional en salud mental, más allá de su calidad metodológica y técnica, requiere situarse históricamente y contextualizarse desde sus posibilidades y limitaciones, en un momento coyuntural que demanda ineludible coherencia entre los intereses y resultados de la investigación, buscando el impacto efectivo en la situación a modificar que sobrepasa con creces las de la atención de las personas con trastorno mental, para anticiparse a una situación colectiva de acomodaciones en el país.

Proceso de elaboración del protocolo

La elaboración del protocolo inició con la decisión de las áreas o temas que considerar sustentadas conceptual y normativamente. Con base en estas, se definieron las necesidades de indagación y evaluación, seguidas de una revisión concienzuda de otras encuestas, investigaciones e instrumentos realizada por el grupo investigador. A partir de esta, se elaboró la versión cero del protocolo, que incluía la metodología y el documento de la encuesta, adecuado a un formato digital. Este protocolo fue socializado con distintos actores, cuyas

contribuciones se incorporaron en la versión 1, sometida luego a pruebas internas.

En este proceso, el grupo de investigación —conformado a través de una alianza estratégica entre la Pontificia Universidad Javeriana y la firma Datos, Procesos y Tecnología (DPT)— estuvo acompañado por un comité técnico interinstitucional y multidisciplinario (funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social y de COLCIENCIAS) encargado del análisis y la aprobación de los cuestionarios, las etapas del estudio, los manuales utilizados en el trabajo de campo y la coordinación interinstitucional. Además, en los eventos de socialización se contó con el aporte de asociaciones académicas, gremiales, nodos comunitarios, grupos de investigación y representantes de los entes territoriales.

Con la versión 1, previas selección y capacitación de encuestadores y organización del operativo de campo, se desarrolló la prueba piloto en dos capitales y un municipio con segmentos no incluidos en la muestra para evitar posibles sesgos, estableciendo cuatro segmentos (dos urbanos y dos rurales) con dos grupos de trabajo compuestos por supervisor, encuestadores e investigadores, utilizando computadores portátiles con el *software* estructurado con tal finalidad. Los resultados permitieron adecuar la versión final de la encuesta.

Referentes del protocolo

En el marco político y normativo nacional de la ENSM IV, se destacaron la Ley 1616 de 2013 y el PDSP 2012-2021^{3,4}. Para la primera, la salud mental es una prioridad nacional, un derecho fundamental, tema obligado de salud pública, bien de interés común y componente esencial del bienestar general. El ejercicio pleno de ese derecho incluye la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Por su parte, el PDSP³ asume enfoques múltiples: de derechos, de determinantes sociales de la salud, diferencial y poblacional, con la meta de alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad en los años de vida saludables. Refiere a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005), en 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.

La dimensión de convivencia social y salud mental, una de las prioritarias en el PDSP, es un espacio de acción transectorial y comunitario para propiciar la salud mental, la convivencia y la transformación de problemas y trastornos prevalentes e intervenir sobre las violencias.

De los planteamientos previos se derivan los enfoques de la ENSM 2015: de determinantes sociales y derechos con una perspectiva diferencial, de particular valor para la comprensión e intervención en el campo de la salud mental. En ese marco la ENSM abordó la salud mental, los problemas y trastornos mentales, los servicios y los estados de salud, pero intentando que la información sobre la prevalencia de las enfermedades y los riesgos aúne la relativa a los recursos de

los sujetos y los grupos y a sus despliegues, a efectos de delimitar 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 intervenir⁵.

Objetivos de la encuesta

Objetivos general: obtener información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales, la accesibilidad de los servicios y los medicamentos, de la población colombiana rural y urbana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad. Objetivos específicos:

- Establecer aspectos de la 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, problemas y trastornos mentales en la población expuesta de manera directa al conflicto armado interno y otras formas de violencia.
- Identificar problemas de comportamiento y de las actividades de la vida cotidiana en niños, adolescentes, adultos y ancianos 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 toda la vida en algunos casos.
- Caracterizar el uso de medicamentos y servicios, identificando los tipos de barreras de acceso.
- Obtener en la población colombiana la valoración de estados de salud asociados con los diferentes trastornos mentales de la ENSM.

Áreas y temas de indagación

La determinación de los contenidos de la ENSM 2015 se basó en dos consideraciones fundamentales: 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, y la necesidad de adecuarse a los desarrollos conceptuales y normativos y al proceso de paz en curso, eventos que impactan en el campo de la salud mental y lo reconfiguran significativamente. Con base en lo anterior, la ENSM 2015 incluyó:

- Ampliación de lo concerniente a la salud mental, sus opciones de transformación de las condiciones de vida, subrayando 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 los adultos 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) de Colombia.

Tabla 1 – Prevalencia de depresión, intentos de suicidio y trastornos de ansiedad en los tres estudios nacionales de salud mental colombianos

	Prevalencias, %		
	1993 ^a	1997 ^b	2003 ^c
Depresión	25,1	19,6	13,9
Trastornos de ansiedad	9,6	15,1	19,3
Intento suicidio	4,5 ^d	1,7	4,9

^a Prevalencia de punto usando la escala de depresión y ansiedad de Zhung.
^b No se aclara el instrumento utilizado.
^c CIDI-CAPI v. 1,5, prevalencia de vida.
^d Prevalencia de vida.

- Identificación de problemas del comportamiento y las actividades de la vida diaria en todos los grupos de edad, primer paso para diseñar políticas e intervenciones preventivas.
- Información que guarde la comparabilidad internacional sobre la prevalencia y las características de las enfermedades que brindan información relevante, requieren nuevos datos y permiten analizar la realidad de las variaciones observadas al comparar los estudios nacionales (tabla 1). Para ello se excluyeron del *Composite International Diagnostic Interview, computer assisted (CIDI-CAPI) 3.0* y el *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-P) 3.0.1* los trastornos de baja prevalencia no detectables con las muestras usuales o de poco impacto en salud pública, como las fobias específicas⁶; también los que mantienen una frecuencia constante, cuyos gravedad e impacto han sido probados exhaustivamente y no requieren nuevas confirmaciones.
- Datos acerca del uso de medicamentos psiquiátricos y otras intervenciones terapéuticas en el sector salud, al igual que de recursos sociales y comunitarios, y variables asociadas con las limitaciones de acceso, ya que en el país se ha alertado sobre las limitaciones a la atención en cualquiera de sus servicios para las personas con trastorno mental.
- Medición de los estados de salud y su valoración por los participantes en el estudio. Con ese enfoque, la salud se compone de diferentes estados y su respectiva duración, y las preferencias de los individuos por cada uno de estos estados o valoración subjetiva de cada persona, lo que se conoce en economía como «utilidad». La utilidad, combinada con datos de longevidad y de calidad de la vida relacionada con salud, permite construir medidas sintéticas útiles para tener una métrica común y evaluar comparativamente las alternativas de política pública.

- Privilegio de los enfoques de determinantes sociales de la salud, de derechos y diferencial, identificando el impacto en la equidad o inequidad en salud y en bienestar, con miras a reducir las desigualdades, contribuir al desarrollo del PDSP y la legislación en salud mental y ajustarse a la agenda programática de estudios poblacionales en salud.
- Así, pues, la encuesta se organizó en torno a seis grandes temas:
 - Aspectos sociodemográficos.
 - Salud mental.
 - Problemas.
 - Trastornos mentales.
 - Servicios de salud y medicamentos.
 - Valoración de los estados de salud.

Metodología propuesta

Tipo de estudio: observacional descriptivo de corte transversal, para el ámbito poblacional. La población de interés es la población civil no institucionalizada. Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, se hizo hincapié en cuatro grupos etarios: 7–11, 12–17, 18–44 y ≥ 45 años. Los criterios de selección se muestran en tabla 2.

Estructura del diseño muestra: la información se recolecta de una muestra de tipo probabilístico, que tiene como base la muestra maestra para estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social², estratificada en las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá). La selección de los sujetos de estudio se realiza siguiendo un muestreo polietápico que se inicia con la elección de las UPM (municipios), luego las USM (manzanas en la zona urbana y veredas en rural). Dentro de las USM se selecciona un segmento y, dentro de cada segmento, todas las viviendas. En las viviendas se escogen todos los hogares y en cada uno se selecciona a una persona de edad ≥ 12 años y de manera independiente a un niño de 7–11 años en caso de que lo haya en el hogar.

Estimación de tamaños de muestra por grupos de edad: se tuvo en cuenta para cada grupo de edad los diferentes desenlaces de interés: para el grupo de 7–11 años, la prevalencia de cualquier trastorno mental^{7,8}; para el grupo de 12–17 años, la morbilidad sentida según los datos de la ENSM 2003⁹, y para los grupos de 18–44 y ≥ 45 años, la prevalencia de vida de cualquier trastorno según el mismo estudio⁹. En la tabla 3 aparecen los tamaños de muestra nacionales por grupo etario, valor que se dividió en igual proporción en las cinco regiones de estudio. Para cumplir con este tamaño de muestra, se seleccionaron

Tabla 2 – Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Residentes en Colombia	Sujetos mayores de 64 años con criba de demencia positiva
De 7 a 11 años, cuya información será proporcionada por el cuidador	Con alguna limitación auditiva, visual o del lenguaje que impida responder a la encuesta
Mayores de 12 años de edad	Con limitación cognoscitiva que impida responder
Residentes en el área urbana o área rural dispersa	Que no hablen español
	Institucionalizadas
	Que no deseen participar o no firmen el consentimiento informado

Tabla 3 – Tamaños de muestra por grupos de edad

Edad (años)	Sujetos, n	p	Mínimo	Máximo
7-11	4.282.853	20,0	2.190	2.628
12-17	5.245.478	27,3	1.460	1.752
18-44	18.907.180	16,0	4.215	5.058
≥ 45	12.421.045	16,0	4.215	5.058
Total			12.080	14.496

242 USM en cada región. Por lo tanto, la representatividad de los datos del estudio se establece para los grupos etarios de 7-11, 12-17, 18-44 y ≥ 45 años en cada región.

Instrumentos de recolección: se revisaron los utilizados dentro y fuera de Colombia, entre ellos: la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2013¹⁰; SABE Bogotá; el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP)^{11,12}; APGAR familiar¹³; *Health and Work Performance Questionnaire* (HPQ)¹⁴, la CIDI-CAPI¹⁵, la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC IV-P)⁸, el *Self Report Questionnaire* (SRQ)¹⁶, el *Reporting Questionnaire for Children* (RQC)¹⁷, el *Alcohol Use Disorders Identification Test*, versiones corta (AUDIT-C) y completa (AUDIT)¹⁸; el *Mini Mental State Examination* (MMSE)^{19,20}; *EuroQOL five-dimension questionnaire* (EQ5D); la escala visual analógica; *Time Trade-off*²¹; el *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)²²; la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* versión C (PCL-C)²³; los ítems derivados del *Eating Attitudes Test* (EAT)²⁴, y el *Bulimia Test* (BUILT)^{25,26}. Una vez elegidos, se determinó su aplicación parcial en algunos casos y los investigadores expertos temáticos y en elaboración de encuestas construyeron nuevos instrumentos. Los instrumentos (excepto el CIDI y el DISC) pueden ser revisados en la página del MSPS.

Equipos de trabajo, recolección y manejo de la información: se conforman cinco equipos de trabajo, cada uno con un coordinador general, y grupos de cuatro encuestadores y un supervisor. El número de grupos de encuestadores depende del tamaño de muestra que cada equipo de trabajo debe cubrir. Cada equipo cubre en su mayoría una región pero, por proximidades geográficas dentro de los municipios seleccionados de diferentes regiones, los equipos trabajan algunos segmentos de otras regiones. La capacitación de los encuestadores se hace por región durante 7 días, con un componente teórico y otro práctico. Los datos se recolectan en cada hogar del adolescente, el adulto o el cuidador del niño seleccionado utilizando computadores portátiles que cuentan con los programas diseñados para este fin. La encuesta se debe realizar individualmente y con la mayor privacidad posible. Al terminar cada encuesta, el encuestador debe realizar una copia de seguridad en una memoria USB antes de salir del hogar, el supervisor consolida la información recolectada por sus encuestadores, hace otra copia de seguridad y además envía por correo electrónico las encuestas del día diariamente a la central. Para asegurar la calidad de la información, se llevan a cabo varios pasos: los encuestadores realizarán algunas encuestas en presencia del supervisor, el programa cuenta con preguntas que permiten opciones de respuesta según las respuestas previas, el encuestador reentrevista al 10% de los hogares y se hace una revisión de la base de datos, que se exporta diariamente o cada 2 días según la disponibilidad de internet. La consolidación de la información se hace de

manera centralizada en Bogotá y el equipo de análisis la revisa periódicamente.

Plan de análisis

Inicialmente, para el informe final se realizará un análisis descriptivo univariable de las características sociodemográficas de los individuos encuestados con el fin de caracterizar a la población estudiada, y un análisis bivariado de los distintos temas o componentes de la ENSM basado en algunos de los determinantes sociales de la salud: edad, sexo, escolaridad y pobreza, teniendo en cuenta los ámbitos nacional y regional.

Se estimarán las proporciones de prevalencia de vida, prevalencia en los últimos 12 meses y prevalencia reciente (últimos 30 días) de los trastornos estudiados. Las estimaciones se ponderarán según los efectos del muestreo con los factores de expansión y acompañadas con los respectivos intervalos de confianza al 95%.

Conclusiones

La ENSM se hace necesaria como cumplimiento del PDSM 2013-2020 de la OMS¹, el Plan Decenal de Salud 2012-2021³ como insumo para la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas (PAPSIVI)²⁷, que refleja la necesidad de contar con información relacionada con salud, problemas y trastornos mentales que guíen las políticas, intervenciones y su evaluación, que se reflejen en las que promueven el bienestar, prevenir enfermedades y tratar las presentes.

Como fortalezas del diseño, se alcanzan representatividades nacional y regional, con inclusión de cuatro grupos etarios de población infantil, adolescente y adulta, y es el primer estudio de salud mental que incluye información individualizada de la población infantil en el país. Se incluye el espectro de escenarios relacionadas con salud mental que abarca bienestar, problemas y trastornos mentales, además de temas relacionados con este, como acceso a servicios y valoración de estados de salud; este tema y la indagación sobre cognición social en el mundo son novedad en Colombia. Entre los desafíos se encuentran posibles dificultades en el entrenamiento para el uso de los instrumentos, especialmente en los temas novedosos, dado que requieren la interacción entre el encuestador y el encuestado, más allá de la lectura de las preguntas y la extensión de la encuesta.

Se espera que la información recolectada sirva como insumo para definir las políticas relacionadas con salud mental que permitan mejorar el bienestar de la población y fortalezcan la investigación relacionada con salud mental.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la ENSM, contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al MSPS por sus sugerencias al protocolo. En especial a los Dres. Herney Rengifo, Andrea Rodríguez y Nubia Bautista. Al Dr. Luis Carlos Gómez por sus sugerencias al muestreo y a la muestra, como parte de la muestra maestra del MSPS. A los Dres. Sandra Ramírez, Carolina Ardila, Lina Escobar, Oscar Ribero, Daniel Garzón, María Luisa Arenas, Diana Cabrera, Sandy Pérez, Juan Pablo Borda, María Paulina Ramírez, Carolina Vélez, Sandra Mosquera, José Vargas y Rafael Ruiz por la colaboración en la organización del documento.

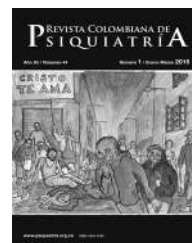
BIBLIOGRAFÍA

- Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: who; 2013. DISPONIBLE EN: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
- Sistema nacional de estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: conceptualización y guía metodológica: Colombia, 2013. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documents/20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20De%20Salud%20P%C3%ABlica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
- Ley 1616 de 2013 Por medio de la cual se dicta la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 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>
- 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>
- Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Geneva: World Health Organization Regional Office for Europe; 2005.
- Child Adolescent Mental Health Policies and Plans. Geneva: World Health Organization; 2005.
- 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;61:85-93.
- 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
- Gran Encuesta Integrada de Hogares -, GEIH., - 2013 [Internet]. Bogotá: Dirección de Metodología y Producción Estadística (DIMPE); 2014.
- Metodologías Oficiales y Arreglos Institucionales para la Medición de la Pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social; 2012.
- Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series; 2013.
- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
- Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 2003;45:156-74.
- 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;291:2581-90.
- Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10:177-88.
- 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;68:677-83.
- 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.º 23 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC.Completa.OH.pdf>
- 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;12:189-98.
- O'Bryant SE, Humphreys JD, Smith GE, Ivnik RJ, Graff-Radford NR, Petersen RC, et al. Detecting dementia with the Mini-Mental State Examination (MMSE) in highly educated individuals. *Arch Neurol*. 2008;65:963-7.
- Gusi N, Olivares PR, Rajendram R. The EQ-5D Health-Related Quality of Life Questionnaire. En: Preedy VR, Watson RR, editores. *Handbook of disease burdens and quality of life measures*. New York: Springer; 2010.
- La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2011.

-
23. PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) [Internet]. Washington: Veterans Affairs UD; 1994. Disponible en: http://www.mirecc.va.gov/docs/vsn6/3_PTSDD_CheckList_and_Scoring.pdf
24. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:273-9.
25. McCarthy DM, Simmons JR, Smith GT, Tomlinson KL, Hill KK. Reliability, stability, and factor structure of the Bulimia Test-Revised and Eating Disorder Inventory-2 scales in adolescence. *Assessment.* 2002;9:382-9.
26. Berrios-Hernandez MN, Rodríguez-Ruiz S, Perez M, Gleaves DH, Maysonet M, Cepeda-Benito A. Cross-cultural assessment of eating disorders: psychometric properties of a Spanish version of the Bulimia Test-Revised. *Eur Eat Disord Rev J Eat Disord Assoc.* 2007;15:418-24.
27. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011-Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas [Internet]. 2011. Available from: <http://www.fiscalia.gov.co/jyp/wp-content/uploads/2012/05/Ley-1448-del-10-de-junio-de-2011-Ley-de-v%C3%ADctimas.pdf>

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1993 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud, Universidad CES; 1994. Disponible en: http://onasm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf.



Artículo original

Diseño e implementación de los instrumentos de recolección de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015



Viviana Rodríguez^a, Socorro Moreno^a, Jhon Camacho^a, Carlos Gómez-Restrepo^{a,b}, Cecilia de Santacruz^c, Maria Nelcy Rodríguez^a y Nathalie Tamayo Martínez^{a,*}

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Hospital Universitario San Ignacio, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de noviembre de 2015

Aceptado el 3 de octubre de 2016

On-line el 18 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Encuestas epidemiológicas

Salud mental

Trastornos mentales

R E S U M E N

Introducción: Como parte de los insumos necesarios para la creación, la implementación y la evaluación de políticas relacionadas con la salud mental, en todo el mundo y como iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, se llevan a cabo encuestas poblacionales relacionadas con el tema. Durante el primer semestre de 2015, se llevó a cabo la cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM 2015), con una muestra de 2.727 niños entre 7 y 12 años, 1.754 adolescentes y 10.870 adultos seleccionados de diferentes lugares del país.

Objetivos: Describir la selección y definición de los instrumentos que utilizar para la medición de la salud mental (incluyendo cognición social y violencias), los problemas, los trastornos mentales y la valoración de estados de salud, así como los mecanismos empleados para derivar en el instrumento final de recolección.

Resultados: La medición de trastornos mentales en niños se realizó utilizando el *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*, y para adolescentes y adultos se utilizó el *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Para los demás componentes evaluados en la ENSM 2015, se realizó una búsqueda de los instrumentos utilizados dentro y fuera de Colombia. La selección de los instrumentos utilizados para la evaluación se basó en las preguntas de cada instrumento, así como la validez científica que se podría obtener en los resultados. En algunos casos se utilizó el instrumento completo (como fue validado), se construyó uno nuevo uniendo partes de diferentes instrumentos o se redactaron las preguntas partiendo de los conceptos o características que se va a medir. Se realizó una validación de contenido, de concepto y de semántica de todos los instrumentos, incluyendo CIDI y DISC. Los instrumentos resultantes se aplicaron a un grupo de sujetos de diferentes características y se detectaron algunas aclaraciones necesarias para la comprensión de algunas preguntas. Dado que la recolección de la información en la encuesta sería totalmente en formato electrónico,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nathalietaamayo@gmail.com (N. Tamayo Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.001>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

tras la construcción y la redacción de cada instrumento, se generó un formato de flujo para orientar la implementación del formato en el software Blaise. Luego de la implementación, tuvo lugar un proceso de validación de la encuesta implementada para garantizar la integridad en el orden de las preguntas y los saltos. Para este proceso se generaron casos ficticios y también se contó con la participación de voluntarios para realizar las pruebas.

Conclusiones: Se presentan los apartes del instrumento utilizado en la ENSM 2015.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Design and Implementation of the Data Collection Tools for National Mental Health Survey of Colombia, 2015

A B S T R A C T

Keywords:

Health surveys
Mental health
Mental disorders

Introduction: Population surveys on mental health are performed as part of the inputs required for the creation, implementation and evaluation of policies related to mental health, worldwide, and as an initiative of the World Health Organisation (WHO). The fourth National Survey of Mental Health (ENSM 2015) was carried out during the first half of 2015 on a representative sample of 2,727 children between 7 and 11 years of age, 1,754 adolescents, and 10,870 adults who were selected throughout the country.

Objective: To describe the selection and definition of the tools used to measure mental health (including social cognition and violence), problems, mental disorders, and the evaluation of health states, as well as to describe the process used to develop the data collection tools finally used.

Results: The measurement of mental disorders in children was performed using the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) was used for adolescents and adults. For the remaining components evaluated in the survey, a search was conducted on the tools used at a national and international level. The selection of the tools used for the evaluation was based on the questions made by each tool, as well as the scientific validity that could be obtained from the results. In some cases the complete tool (as published) was used, in other cases the tools were constructed unifying parts of different ones, or questions were written based on the concepts or characteristics to be measured. Subsequently, a validation of content, concept and semantic of every tool was carried out, including the CIDI and DISC. The resulting tools were used on a group of people with different characteristics. It was noted that further clarification was necessary for some people to fully understand what was being asked. Because the collection of all the information in the survey would be computer assisted, a stream format was generated to guide the implementation in Blaise software, after the creation and wording of each tool in order to review the validation process of the survey and to ensure the integrity in the order of questions and their format. Fictitious cases were generated during the process, and volunteers participated in the testing.

Conclusions: The tools for information collection used in the National Survey of Mental Health 2015 are presented.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En Colombia se han llevado a cabo 3 Encuestas Nacionales de Salud Mental (ENSM): en 1993¹, 1997² y 2003³. La encuesta de 1993 indagó temas relacionados con salud mental, evaluó ansiedad y depresión con la escala de Zung, Apgar familiar, el consumo de alcohol con el CAGE y de sustancias psicoactivas¹. En el estudio de 1997, orientado a la evaluación de trastornos mentales, se utilizó el *Composite International Diagnostic*

Interview (CIDI), y en 2003 se utilizó el CIDI 2.1⁴⁻⁶, privilegiando también la información sobre trastornos mentales.

La ENSM 2015 se llevó a cabo durante el primer semestre de 2015 y recolectó información de 2.727 niños de 7-12 años, 1.754 adolescentes y 10.870 adultos seleccionados de diferentes lugares del país. En la ENSM 2015 se pretendió abarcar una amplia gama de temas que respondieran a las necesidades del país, con el objetivo de brindar información sobre la salud mental, los problemas y los trastornos mentales, el acceso a los servicios sanitarios y la valoración de los

estados de salud. Este artículo describe el proceso de selección y diseño de los instrumentos de recolección empleados durante la realización de la encuesta.

Métodos

Luego de diferentes discusiones en el grupo de investigadores temáticos de la ENSM 2015, se escogieron los temas de mayor relevancia y socialmente más problemáticos del país, que se debería evaluar en la encuesta (tabla 1). Es importante resaltar que, en el grupo de priorización de aquellos a incluir, se contó con la participación de representantes del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Posteriormente, para cada uno de los temas seleccionados, se conformó un equipo temático compuesto por al menos un experto temático, un estadístico y un asistente de investigación, en el que un mismo individuo podía pertenecer a varios equipos. La figura 1 contiene el flujograma con el paso a paso de la construcción del set completo de formatos utilizados en la ENSM 2015.

Cada equipo temático realizó una búsqueda de los instrumentos disponibles para la valoración del tema. Se revisó la literatura relacionada y se revisaron los instrumentos utilizados en otras investigaciones (nacionales e internacionales) o en la práctica clínica. Se evaluó si alguno de los instrumentos encontrados evaluaba por completo el tema de interés, si contaba con una versión en español, la información disponible sobre la validez que presentaban los resultados en investigaciones previas y las indicaciones de su uso.

La mayoría de los equipos encontraron un único instrumento para la evaluación del tema. Sin embargo, en algunos casos fue necesario ajustar varios instrumentos tomando componentes de los disponibles o adicionando preguntas nuevas que permitieran evaluar condiciones particulares, con lo que se llegó a una versión híbrida que se ajustaba más a las necesidades actuales del país, y aunque se consideró que este proceso altera las propiedades psicométricas de los instrumentos de que parte, es una opción válida⁷. También se tuvo en cuenta que no en todos los casos se quería medir un constructo, sino indicadores que la evidencia muestra que son pertinentes en relación con la salud mental. La lista de los instrumentos utilizados se menciona en la tabla 1.

Cada equipo temático, bajo un lineamiento general, construyó el formulario prestando atención a la redacción de las preguntas, las indicaciones necesarias tanto para el entrevistador como para el entrevistado, indicando el flujo de la entrevista (considerando la omisión de preguntas o la variación de las preguntas). Teniendo en cuenta que la recolección de la información de la encuesta sería completamente electrónica, para cada formulario se construyó una guía con los saltos y valores de los campos para cada pregunta, para de esta forma guiar la programación del *software* de recolección.

Posteriormente, todos los instrumentos fueron revisados por un grupo conciliador. En este proceso se revisaron y estandarizaron la gramática, los estilos de pregunta y la codificación de las opciones de respuesta y se eliminaron las repetidas entre los diferentes módulos. También se evaluó la consistencia de los saltos entre las preguntas de cada formato y entre

los diferentes formatos. Además, se organizó el orden en que se debería utilizar los cuestionarios dentro de la encuesta.

Luego de contar con un set de instrumentos estandarizado, se ensamblaron otros 2 equipos de revisión. Cada equipo se componía de un experto temático y un estadístico. Estos equipos revisaron la consistencia en la formulación de las preguntas dentro de la encuesta, así como su integridad gramatical y su claridad.

El grupo conciliador recibía todas las revisiones y actualizaba las versiones de los formatos. De igual forma, actualizaba el formato de saltos para programación garantizando que con cada cambio se mantuviera el flujo adecuado dentro de la encuesta. En los casos en que el grupo conciliador no encontraba claras o pertinentes las recomendaciones recibidas, se reunía con el grupo de revisión que las proponía y se llegaba a un consenso.

Al terminar este proceso. Los formularios fueron revisados por los grupos temáticos para garantizar que se mantuviese el sentido de los instrumentos propuestos inicialmente. También, todo el set de instrumentos (electrónico para CIDI y DISC, y en papel para los demás contenidos) se utilizó para entrevistar a 3 sujetos. Los sujetos eran voluntarios, y se les indicó que la idea no era conocer las verdaderas respuestas a la encuesta, sino saber si consideraban que las preguntas estaban planteadas en manera clara.

Luego de las revisiones anteriores, los formatos fueron presentados al comité técnico de la ENSM 2015 y a representantes del grupo de gestión integrada para la salud mental del MSPS. En este punto, se eliminaron algunas preguntas por considerarlas no prioritarias para el MSPS en el momento actual y buscando disminuir el tiempo de recolección.

Soporte informático

Para dar soporte a la recolección y la compilación de la información del estudio, se desarrolló una aplicación de captura conformada por 3 componentes principales (fig. 2):

- **Módulo de integración.** Es el encargado de llevar control del estado de la encuesta y la utilización del enlistamiento y ejecutar los programas de captura de los instrumentos CIDI y DISC, así como las versiones electrónicas de los instrumentos desarrollados por el proyecto.
- **Instrumentos Blaise.** Se encargan de captar y validar la información requerida por CIDI y los instrumentos desarrollados por el proyecto. Aproximadamente la mitad de las preguntas de la encuesta provienen del CIDI (incluidas tanto la versión para adultos como la de adolescentes). La versión electrónica de este instrumento fue programada en el lenguaje para desarrollo de encuestas Blaise versión 5. Así pues, para facilitar la integración de la información recolectada, las versiones electrónicas de los instrumentos desarrollados por el proyecto también fueron desarrolladas usando Blaise versión 5, utilizando un modelo de datos similar al de CIDI.
- **DISC.** Los investigadores del proyecto no tuvieron acceso al código fuente de la versión electrónica de este instrumento. Debido a esto, no fue posible integrar su interfaz de usuario ni su modelo de datos con los de los demás instrumentos. Así pues, la integración de este instrumento en la aplicación

Tabla 1 – Componentes temáticos de la ENSM, sus variables o dimensiones, instrumentos de recolección e información muestral

Capítulo	Tema	Instrumentos utilizados (completo o parcial)	Población
Sociodemográfico	Descripción de los hogares	Instrumento de recolección básico de encuestas del MSPS	Hogares seleccionados
	Pobreza	Índice de pobreza multidimensional ^{9,46}	Hogares seleccionados
	Características sociales	Etnia con definiciones DANE ¹⁰	
Profundización en educación	Seleccionados	<i>Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)</i> ¹¹	Seleccionados de 12 o más años
Criterios de selección	Discapacidad que impida responder la encuesta	Preguntas creadas por el equipo investigador	Seleccionados entre 12 y 64 años
	Cribado de demencia	<i>Mini Mental State Examination</i> modificado (MMSE) ^{12,13}	Seleccionados de 65 o más años
Salud mental	Autopercepción, bienestar subjetivo, calidad de relaciones, Apoyos, confianza, seguridad, participación, discriminación	Elaboración de cuestionarios a partir de la ENS y otras	Seleccionados de 12 o más años
	Disfunción familiar	Apgar familiar ¹⁵	Seleccionados de 12 o más años
	Cognición social	INECO-FS (parcial) series motoras, instrucciones, control inhibitorio, repetición, planeación y comprensión	Seleccionados de 12 o más años
		Planeación y comprensión de historietas ³⁶	
		Imágenes de Ekman (2 imágenes de cada emoción: tristeza, miedo, alegría, asco, neutro, sorpresa) ¹⁸	
		<i>Empathy for Pain Task (EPT)</i> . 2 secuencias intencionales, 2 accidentales y 1 neutra ¹⁹	Muestra de 2.500 seleccionados de 18 o más años
	Salud mental y sufrimiento emocional	Adaptación de cuestionario	Seleccionados de 12 o más años
	Actitudes y experiencias sobre la violencia, incluidos la intrafamiliar, la delincuencia organizada, por conflicto armado y desplazamiento	Cuestionario adaptado ²⁰⁻²³	Seleccionados mayores de 18 años
Problemas	Síntomas mentales en niños	RQC ²⁶ complementado con otras preguntas propuestas por expertos temáticos	Seleccionados de 7 a 12 años
	Síntomas mentales	SRQ ³⁰	Seleccionados de 12 o más años
	Síntomas de anorexia y bulimia	EAT ³¹ , BULIT parcial ^{32,33}	Seleccionados de 12 a 41 años
	Patrones de uso de alcohol	Audit-C y Audit ³⁴	Seleccionados de 12 o más años
	Consumo de sustancias psicoactivas	Assist modificado ³⁵	Seleccionados de 12 o más años
Trastornos mentales en niños	Reacciones a sucesos traumáticos	PCL parcial y modificado ⁴⁰	Seleccionados
	Ansiedad por separación	DISC ⁴⁷	Seleccionados de 7 a 12 años
	Trastorno de pánico	DISC	Seleccionados de 7 a 12 años
	Ansiedad generalizada	DISC	Seleccionados de 7 a 12 años
	Depresión	DISC	Seleccionados de 7 a 12 años
	Oposicionista desafiante	DISC	Seleccionados de 7 a 12 años
	Déficit de atención hiperactividad	DISC	Seleccionados de 7 a 12 años
	Trastorno Conducta	DISC	Seleccionados de 7 a 12 años
	Comorbilidad condiciones crónicas	Creado por el grupo investigador y expertos temáticos	Seleccionados de 7 a 12 años
	Trastornos mentales en adultos	Depresión	CIDI ⁴
Suicidio		CIDI	Seleccionados de 12 o más años
Manía		CIDI	Seleccionados de 12 o más años
Trastorno de ansiedad generalizada		CIDI	Seleccionados de 12 o más años
Trastorno de pánico (angustia)		CIDI	Seleccionados de 12 o más años
Fobia social		CIDI	Seleccionados de 12 o más años
Cribado de personalidad		CIDI	Seleccionados de 12 o más años
Comorbilidad condiciones crónicas		Creado por el grupo investigador y expertos temáticos	Seleccionados de 12 o más años

- Tabla 1 (continuación)

Capítulo	Tema	Instrumentos utilizados (completo o parcial)	Población
Servicios en salud mental	Medicamentos psiquiátricos	Creado por el grupo investigador y expertos temáticos según la lista de medicamentos disponibles en Colombia ^{48,49}	Seleccionados con cribado positivo para algún trastorno mental
	Oportunidad, acceso a servicio, barreras y continuidad de seguimiento Encuesta Nacional de Salud (ENS)	Seleccionados con cribado positivo para algún trastorno mental	
Valoración de los estados de salud	Descripción del estado de salud actual	EQ5D ⁵⁰	Seleccionados de 18 o más años
	Preferencias de los estados de salud	Time-trade-off basado en los estados del EQ5D ⁵¹	Muestra de 3.000 seleccionados de 18 o más años

de captura se limitó a invocar al programa correspondiente, pasando como parámetro el identificador de la encuesta en desarrollo.

La aplicación de captura se probó a través de un proceso iterativo por parejas. En cada iteración, cada pareja de evaluadores probó todas las opciones de respuesta y los saltos condicionales de uno o más módulos, registrando cualquier diferencia entre la definición del instrumento y su versión

electrónica. En total, se realizaron 13 iteraciones que permitieron corregir 941 defectos.

El modelo de datos resultante de la aplicación de captura (fig. 3) está conformado por 8 entidades, de acuerdo con las siguientes definiciones:

- Los Hogares constituyen agrupaciones de Personas.
- Todo Hogar cuenta con al menos 1 Persona y toda Persona pertenece a uno y solo un Hogar.

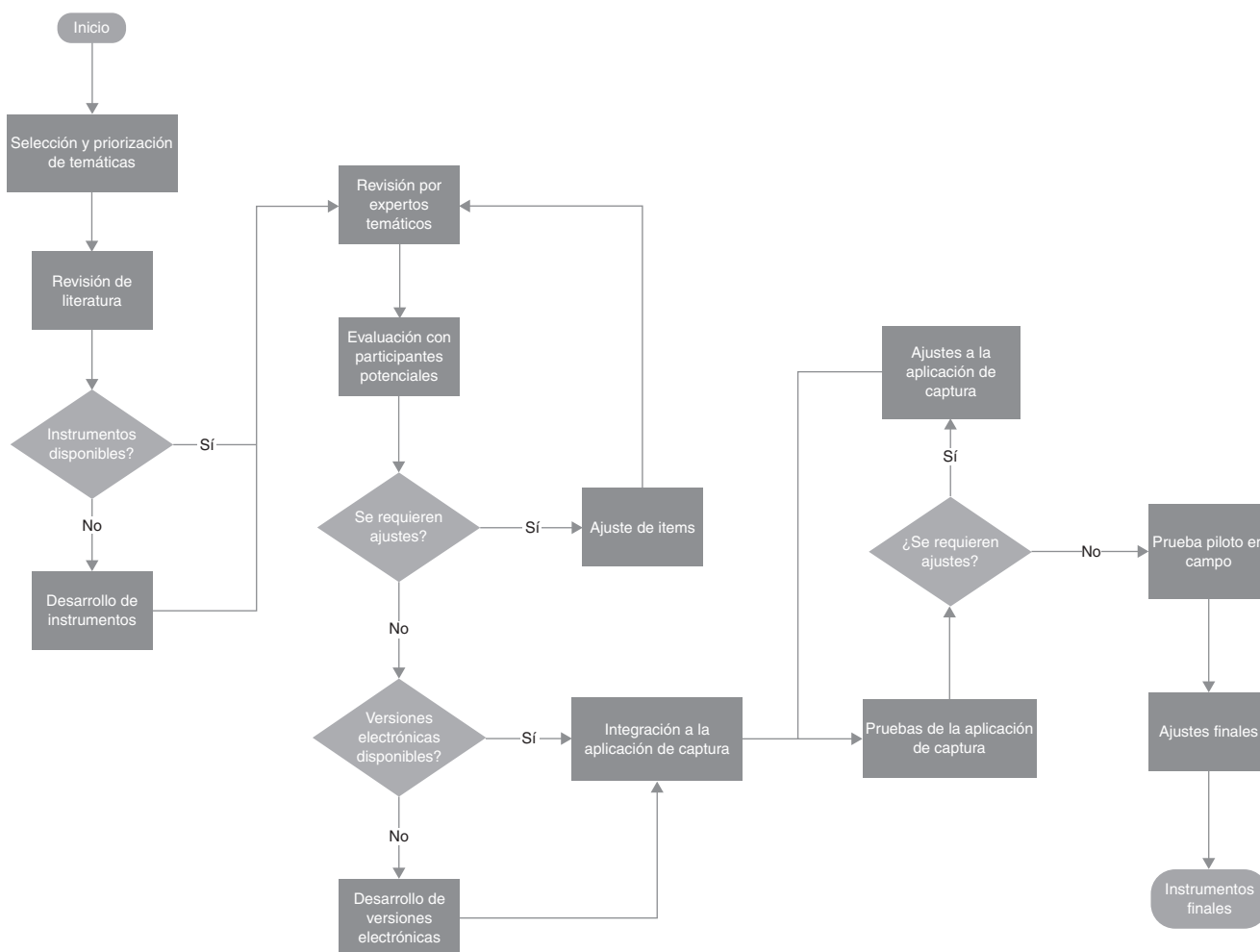


Figura 1 – Selección y desarrollo de instrumentos de recolección y versión final la ENSM 2015.

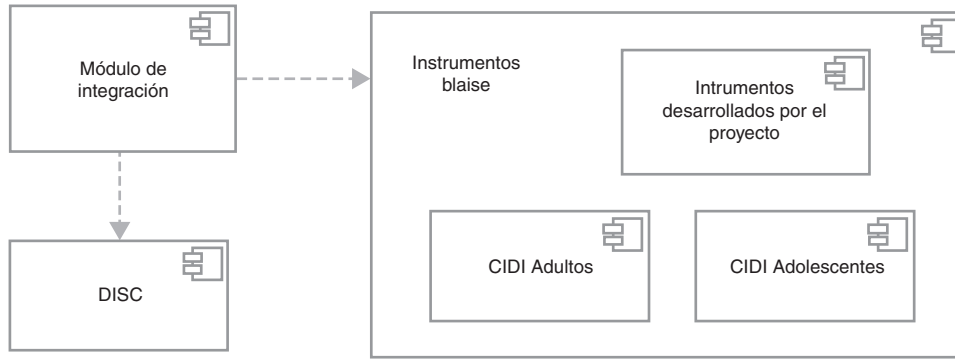


Figura 2 – Componentes de la aplicación de captura.

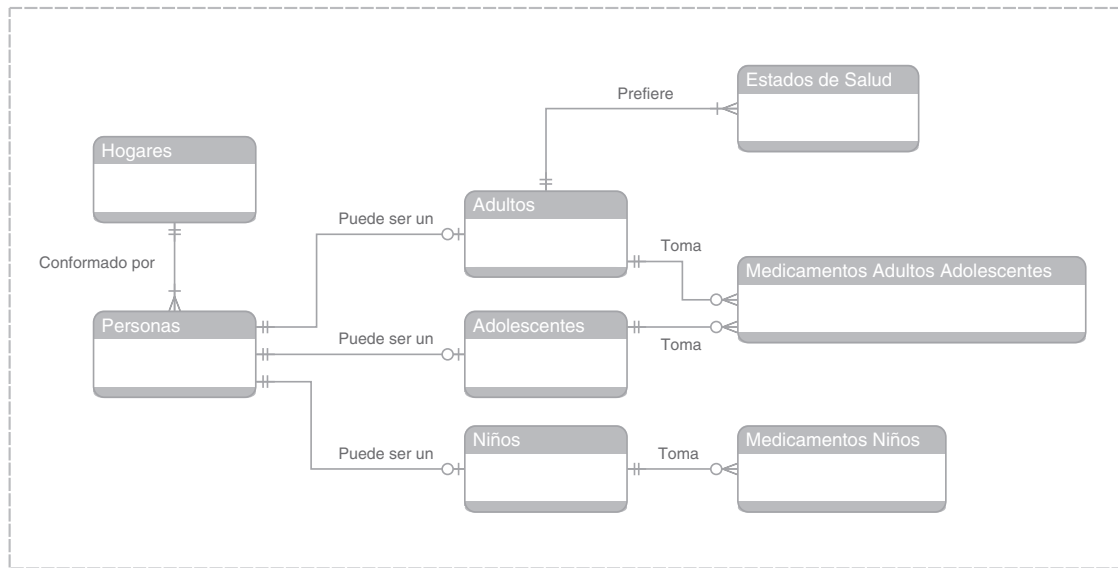


Figura 3 – Modelo de datos conceptual.

- Las Personas pueden ser: Adultos, Adolescentes o Niños. Cada persona puede pertenecer a solo 1 de estos grupos.
- Toda Persona tiene al menos 1 correspondiente en Adultos, Adolescentes o Niños.
- Todo Adulto, Adolescente o Niño hace referencia a 1 y solo 1 Persona.
- Cada Adulto o Adolescente que reportó tomar al menos 1 medicamento de interés para el estudio está asociado con al menos 1 instancia de Medicamentos Adultos Adolescentes. Cada instancia de Medicamentos Adultos Adolescentes debe estar asociada con 1 y solo 1 Adulto o Adolescente.
- De forma similar, cada Niño que reportó tomar al menos 1 medicamento de interés para el estudio está asociado con al menos 1 instancia de Medicamentos Niños. Cada instancia de Medicamentos Niños debe estar asociada con 1 y solo 1 Niño.
- Finalmente, la entidad Estados de Salud agrupa las respuestas del Adulto correspondientes a los estados de salud evaluados por el instrumento EQ5D.

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto en Fusagasugá, Barranquilla y Bogotá que permitió evaluar varios procesos de la ENSM IV,

entre ellos, la participación, la claridad de las respuestas, la identificación de preguntas complejas de responder o con menor tasa de respuesta de los instrumentos de recolección. Además, entre los resultados de la prueba piloto, el tiempo promedio por encuesta fue muy alto. Por este motivo, en una reunión especial con el comité científico y los representantes del grupo de gestión integrada para la salud mental del MSPS, se eliminaron algunas preguntas de profundización que para las ideas generales de las políticas de salud relacionadas con salud mental se consideraban menos relevantes. También se ajustaron los instrumentos según los resultados obtenidos en esta prueba piloto en cuanto a claridad de las preguntas, forma de redacción, extensión y secuencia.

Componentes de la ENSM e instrumentos específicos

A continuación se describe cada uno de los insumos utilizados en la recolección de información de la ENSM 2015. En los casos en que el instrumento no se hubiera desarrollado en español, si se tomaron las versiones en castellano, se hizo una adaptación lingüística cuando se estimó necesario y no se consideró que requiriera otro tipo de validación.

Características sociodemográficas

Existen factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos sostienen dentro de la estructura de una sociedad, los cuales se encuentran relacionados con numerosas exposiciones, recursos y susceptibilidades que pueden afectar a la salud. Con el objetivo de evaluar las características sociodemográficas de los individuos, se tomó información de 2 encuestas. El primero contenía preguntas sobre características de la vivienda, composición del hogar, educación y ocupación de los miembros del hogar. Como base se tomaron las preguntas de la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2013⁸; además, se incluyeron las preguntas necesarias para calcular el índice de pobreza multidimensional, un indicador que refleja la privación de los hogares en distintas dimensiones y permite observar patrones de pobreza distintos de la pobreza monetaria⁹.

El segundo grupo de preguntas se aplicó solo a los sujetos seleccionados aleatoriamente dentro del hogar. Este profundiza en características de etnia¹⁰, educación, condiciones de trabajo y percepción de seguridad¹¹. La redacción de las preguntas se modificó para el grupo de 7-11 años y algunas preguntas que no eran pertinentes para la edad fueron eliminadas.

Cribado de demencias (criterio de exclusión)

Varias de las preguntas de la valoración de salud y enfermedades mentales requieren la capacidad de recordar información sobre situaciones pasadas. Por este motivo se escogió el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) modificado como instrumento de cribado de demencia en la población de 65 o más años. Esta herramienta se ha usado en varios estudios poblacionales^{12,13}, modificada para facilitar el uso en investigación de únicamente 6 preguntas del cuestionario original. El MMSE da como resultado una puntuación que se consideró positiva para demencia si era ≤ 13 puntos¹⁴.

Salud mental

Este componente contempla la salud mental bajo el concepto de sanitas, o sea, el de las posibilidades y los recursos psicológicos y sociales para el funcionamiento y el bienestar cotidiano, incluidos las vicisitudes y los sufrimientos habituales del curso vital, y para afrontar situaciones de gran tensión emocional, lo que lo diferencia de los problemas y trastornos mentales. Esta parte se derivó de una revisión teórica acerca del tema, en la que se usaron múltiples encuestas y escalas que se presentan en otro artículo.

Disfunción familiar

Se utilizó el *Apgar familiar*¹⁵, traducido y validado en Colombia, que explora la funcionalidad familiar en adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso¹⁶.

Cognición social

Estudia cómo comprendemos, recordamos y predecimos la conducta social de otras personas, además de cómo se elaboran juicios e inferencias a partir de conductas percibidas en los demás frente a diferentes situaciones¹⁷. Se incluyó este tópico en la ENSM 2015 como un tema novedoso, considerando que su análisis permitirá relacionar temas de salud

mental, problemas y trastornos mentales y una primera caracterización poblacional de los temas indagados. Se evaluaron las funciones ejecutivas por medio del INECO-FS y planeación de historietas¹⁷, el reconocimiento de emociones por medio de las imágenes de Ekman¹⁸ y la empatía por el *Empathy for Pain Task* (EPT)¹⁹ con un cuestionario que incluyera todos estos componentes, aunque más cortos. Al realizar la interpretación de los hallazgos, hay que tener en cuenta que, aunque estos se han evaluado en condiciones clínicas con correlaciones neurofisiológicas en las que personas con diferentes enfermedades —como trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia o demencia— presentan alteraciones en estos dominios, no hay una evaluación de este constructo^{19,20}.

Salud mental y sufrimiento emocional

Se indagó por medio de una encuesta los eventos vitales estresantes actuales y durante la infancia, las actitudes ante la violencia, las experiencias tempranas y actuales de violencia psíquica (pareja y en el hogar), sexual, física, y en el marco del conflicto armado, tanto individuales, del hogar y de la comunidad, sobre situación de desplazamiento y pérdidas sufridas, reacciones y recursos para su trámite y superación, que fueron adaptadas de varios cuestionarios²⁰⁻²⁵.

Problemas mentales

Con el fin de describir situaciones de quienes presentarían condiciones de riesgo para la salud mental, en los niños se utilizaron el cuestionario de reporte para niños (RQC), desarrollado por la OMS, que tiene buenas propiedades en cuanto a sensibilidad y especificidad y permite señalar y describir la magnitud del problema^{26,27}, algunos síntomas de la lista de conductas de los niños (CBCL-P) del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD)^{28,29} y otros basados en la experiencia de los grupo de investigadores.

Por otra parte, en adolescentes y adultos, se utilizó el cuestionario autoaplicable (SRQ), también desarrollado por la OMS, que señala probable enfermedad mental sin esbozar el diagnóstico, lo cual nos permite situar el problema en salud mental sin invocar el diagnóstico de trastornos³⁰.

Síntomas de anorexia y bulimia

Para tener un acercamiento a la percepción de la imagen corporal, el control del peso y el malestar que este pueda generar, se consideró aplicar algunas preguntas significativas del cuestionario EAT³¹, que evalúa globalmente este problema, y del cuestionario BUILT, que indaga sobre bulimia^{32,33}, sin considerar tener instrumentos diagnósticos.

Patrones de uso de alcohol

Dado que existen herramientas más cortas que el cuestionario relacionado con consumo de alcohol y ampliamente usadas, se incluyó el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), creado por la OMS y recomendado en la Guía de Práctica Clínica para Colombia sobre Intoxicación Aguda por Alcohol, que tiene como objetivo identificar a personas con consumo excesivo de alcohol mediante 3 preguntas de cribado (AUDIT-C), y con un puntuación ≥ 4 se realiza el cuestionario completo, que contiene 10 preguntas en 3 dominios, AUDIT-A³⁴.

Consumo de sustancias psicoactivas

Puesto que en el país se desarrolla una encuesta específica sobre el consumo de sustancias psicoactivas, en la ENSM 2015 se decidió realizar una aproximación somera creando un encuesta basada en una adaptación breve de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de la OMS para detectar a personas con uso nocivo o dependencia³⁵.

Reacciones a sucesos traumáticos

Anticipando que la necesidad es reconocer síntomas y malestar desencadenados por experiencias traumáticas, y teniendo en cuenta la recomendación de expertos y la evidencia de que esta enfermedad tiene baja prevalencia en las encuestas poblacionales (1,3%)^{36,37}, se consideró más importante determinar la presencia de síntomas y no el diagnóstico clínico, por lo que se diseñó una encuesta tomando como herramientas las ya disponibles³⁸. Se usó como base la lista de comprobación de trastorno por estrés postraumático, versión para civiles (PCL-C), que indaga sobre los 4 dominios sintomáticos de este trastorno³⁹; para las personas de 12 o más años, se mantuvieron las mismas preguntas relacionadas con síntomas y el algoritmo diagnóstico recomendado⁴⁰, pero se clarificó el marco de respuesta cualitativo (mucho, poco, etc.) y temporal de 1 mes, a uno más objetivable al preguntar por estos en los últimos 12 meses y su frecuencia cuantitativa: diariamente, 2-6 veces a la semana, al menos cada semana, 1-3 veces al mes y menos de 1 vez al mes; el síntoma se califica como presente si la persona lo reporta por lo menos cada semana. Para niños entre 7 y 11 años, además se incluyeron 2 preguntas tomadas de la entrevista diagnóstica de este trastorno basadas en el DSM-IV para niños y adolescentes⁴¹, relacionadas con reviviscencias en el juego y sentimientos de culpa.

Trastornos mentales

Se tuvo en cuenta para la ENSM las enfermedades mentales con mayores prevalencia y relevancia para salud pública en los grupos de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, de acuerdo con los lineamientos actuales de la OMS y el consenso de expertos^{3,4,6}.

En niños se evaluaron el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno depresivo mayor, el trastorno opoisionista desafiante, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno de conducta a través de la entrevista diagnóstica estructurada, versión para padres (DISC IV-P 3.0.1) y la comorbilidad con condiciones crónicas.

Para adolescentes y adultos se evaluaron el trastorno depresivo, el trastorno afectivo bipolar, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia social, la conducta suicida y el cribado de personalidad (solo para adultos) por medio de la entrevista diagnóstica internacional compuesta asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0)

Acceso a servicios de salud mental

Se diseñó el cuestionario teniendo en cuenta el contexto social, con base en las variables consideradas en encuestas nacionales (p. ej., Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de Hogares) y la experiencia de grupos que han trabajado en este

tema. Se evaluó la oportunidad, el acceso a servicios, barreras y continuidad de seguimiento.

Valoración de los estados de salud

La valoración del estado de salud refleja la percepción que tiene el individuo de su calidad de vida relacionada con la salud⁴²; se utilizó el EQ5D-3L que mide el estado de salud a partir de 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor-malestar, ansiedad y depresión) o como una puntuación total que se genera por la valoración que los individuos hacen del estado de salud en una escala visual analógica^{43,44}. Además se valoró un grupo de estados de salud en condiciones de incertidumbre utilizando el método *time-trade-off*, con el fin de estimar las preferencias en salud. Se usó la versión validada al castellano⁴⁵.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental «ENSM»; contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses con relación a este estudio.

Agradecimientos

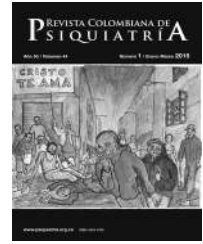
Agradecemos a todos los investigadores que aportaron para construir los formularios la implementación y corrección, especialmente a Carolina Ardila, María Ximena Rojas, Lina María González, Diana Matallana, Jorge McDouall, Andrea Rodríguez, Herney Rengifo, Nubia Bautista, Luisa Cabezas, Fabián Gil, Martín Rondón y Sandra Ramírez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Posada J, Torres Y, Calderón H, Rojád M. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1993 [Internet]. Bogotá: Carrera Séptima Ltda; 1994.

- Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf
2. Urrego D, Cocoma J. Por la salud mental. *Rev Salud Pública*. 1991;1.
 3. 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
 4. 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;291:2581-90.
 5. Kessler RC, Ustun TB. The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. 1.^a ed. Cambridge, Geneva: Cambridge University Press; 2008.
 6. Kessler RC, Ustun 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;13:93-121.
 7. Switzer GE, Wisniewski SR, Belle SH, Dew MA, Schultz R. Selecting, developing, and evaluating research instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:399-409.
 8. Gran Encuesta Integrada de Hogares —GEIH— 2013 [Internet]. Bogotá: Dirección de Metodología y Producción Estadística (DIMPE); 2014 [citado 13 Nov 2015]. Disponible en: <file:///D:/Perfil/Descargas/ddi-documentation-spanish-68.pdf>.
 9. Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
 10. DANE. La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf
 11. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKeen D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 2003;45:156-74.
 12. 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;12:189-98.
 13. O'Bryant SE, Humphreys JD, Smith GE, Ivnik RJ, Graff-Radford NR, Petersen RC, et al. Detecting dementia with the Mini-Mental State Examination (MMSE) in highly educated individuals. *Arch Neurol*. 2008;65:963-7.
 14. Quiroga LP, Albala BC, Klaasen PG. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Med Chile*. 2004;132:467-78.
 15. Milkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
 16. Ariza LMF, Durán MCA, Cubillos ZJD, Arias AC. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;35:23-9.
 17. Moreira HS, Lima CF, Vicente SG. Examining executive dysfunction with the Institute of Cognitive Neurology (INECO) Frontal Screening (IFS): normative values from a healthy sample and clinical utility in Alzheimer's disease. *JAD*. 2014.
 18. Friesen WV. Unmasking the face. *Malor Books*. 2009:212.
 19. Baez S, Manes F, Huepe D, Torralva T, Fiorentino N, Richter F, et al. Primary empathy deficits in frontotemporal dementia. *Front Aging Neurosci*. 2014;6:262.
 20. Ministerio de Educación Pública, Costa Rica. Protocolo específico sobre Violencia Física, psicológica y sexual en centros educativos [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/violencia_0.pdf
 21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0459, por la cual se adopta el protocolo y Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200459%20de%202012.pdf
 22. Alvarado G, Salvador J, Estrada S, Terrones A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango [Internet]. *Salud Pública de México*. 1998 [citado 19 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640604>
 23. Valdez R, Medina MCH, De Snyder VNS, Rivera LR, Burgos LA, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas [Internet]. *Salud Pública de México*. 2006 [citado 19 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10604802>
 24. Suarez Cuba ÁM. La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Rev Médica Paz*. 2010;16:58-62.
 25. Moya A. ¿Pueden la violencia y los trastornos mentales condonar a la población desplazada a una situación de pobreza crónica? 2014:1-43.
 26. 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;68:677-83.
 27. Climent C, Arango MV. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. 1.^a ed. Washington: OPS; 1983.
 28. Achenbach T. Manual for the child: behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: University of Vermont/Department of Psychiatry; 1983.
 29. 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;29:64-72.
 30. Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10:177-88.
 31. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9:273-9.
 32. McCarthy DM, Simmons JR, Smith GT, Tomlinson KL, Hill KK. Reliability, stability, and factor structure of the Bulimia Test-Revised and Eating Disorder Inventory-2 scales in adolescence. *Assessment*. 2002;9:382-9.
 33. Berrios-Hernandez MN, Rodríguez-Ruiz S, Perez M, Gleaves DH, Maysonet M, Cepeda-Benito A. Cross-cultural assessment of eating disorders: psychometric properties of a Spanish version of the Bulimia Test-Revised. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15:418-24.
 34. 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: Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC.Completa.OH.pdf>
 35. OPS, OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/>
 36. 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;62:617-27.

37. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev.* 2005;27:78-91.
38. Wilson J, Keane T. Assessing psychological trauma and PTSD. 2.^a ed. New York: Guilford Press; 2004.
39. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress Anxiety.* 2011;28:596-606.
40. Veterans Affairs UD. PTSD CheckList-Civilian Version (PCL-C) [Internet]. 1994. Disponible en: <http://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3.PTSD.CheckList.and.Scoring.pdf>
41. National Center for PTSD, UCLA TPP collaboration. Clinician-administered ptsd scale for children and adolescents for (DSM-IV) [Internet]. 1998. Disponible en: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/caps-ca.asp>
42. Rabin R, De Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med.* 2001;33:337-43.
43. 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.
44. Kind P. Using standardised measures of health-related quality of life: critical issues for users and developers. *Qual Life Res Int J.* 2003;12:519-21, discussion 523-5.
45. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:425-9.
46. Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series; 2013.
47. 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;61:85-93.
48. Resolución 5926 de 2014 por la cual se ajusta el Anexo número 01 de la Resolución número 5521 de 2013. [Internet]. Bogotá: MSPS; 2014 [citado 18 Oct 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.Nuevo/Resolución%205926%20de%202014.pdf>
49. Stahl SM. Prescriber's Guide Stahl's essential psychopharmacology. 5.^a ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
50. Gusi N, Olivares PR, Rajendram R. The EQ-5D Health-Related Quality of Life Questionnaire. En: Preedy VR, Watson RR, editores. Handbook of disease burdens and quality of life measures [Internet]. New York: Springer; 2010. p. 87-99 [citado 19 Jun 2014].
51. Craig BM, Busschbach JVV, Salomon JA. Modeling ranking, time trade-off, and visual analog scale values for EQ-5D health states: a review and comparison of methods. *Med Care.* 2009;47:634-41.



Artículo original

La construcción de un componente de salud mental para la encuesta nacional. ENSM-2015, Colombia[☆]



Cecilia de Santacruz^a, Nubia Torres^b, Carlos Gómez-Restrepo^{c,*}, Diana Matallana^d y Juan Pablo Borda^e

^a Psicología Comunitaria, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental e Instituto de Envejecimiento, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Epidemiología Clínica, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Departamento de Epidemiología Clínica y Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^d Neuropsicología, Facultad de Medicina, Instituto de Envejecimiento, Pontificia Universidad Javeriana, Intellectus-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^e Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 1 de agosto de 2016

On-line el 15 de septiembre de 2016

Palabras clave:

Salud mental

Capital social

Trastornos mentales

R E S U M E N

Introducción: Se ha definido corrientemente la salud mental como la ausencia de trastornos mentales. Para abordarla en el sentido más llano de sanitas, se consideró la necesidad de estructurar para la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 un componente que respondiera a las orientaciones y las particularidades del país.

Objetivo: Describir la estructuración y los contenidos del componente de salud mental de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 para la población colombiana de 7 y más años. **Métodos:** Revisión, análisis documental y discusión acerca de conceptos e instrumentos con el equipo responsable de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 y otros grupos.

Resultados: Se revisaron 353 documentos, de los que se incluyó el análisis de 180 para este artículo. Se plantea el modelo del componente que, considerando como elemento central la dimensión ética de cuidado en las relaciones, entrecruza dos dimensiones o categorías de indagación: subjetiva-relacional y social-colectiva.

Conclusiones: El componente de salud mental estructurado permite obtener información acerca de toda la población y pensar la salud mental desde la «buena vida» personal y colectiva.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

[☆] La ENSM-2015 se enmarca en el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud de Colombia, en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La información se recoge de una muestra de tipo probabilístico de más de 15.000 personas (basada en la muestra maestra del mismo Ministerio), estratificada en las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá). Los sujetos —niños, adolescentes y adultos (población civil residente en el área urbana y rural)— se seleccionan con un muestreo polietápico. Los temas a indagar son: aspectos sociodemográficos y determinantes sociales; salud mental; problemas; trastornos mentales; medicamentos y servicios de salud; estados de salud.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez.restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.001>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The Construction of a Mental Health Component for the National Survey: NMHS 2015, Colombia

A B S T R A C T

Keywords:
Mental health
Social capital
Mental disorders

Introduction: Usually, mental health has been defined as the absence of mental disorders. In order to approach this concept in a plain sanitas way, it was considered necessary to crosslink a component for the National Mental Health Survey 2015 (NMHS; ENSM for its acronym in Spanish), that would respond to the specific orientation and particularities of the country.

Objective: To describe the structure and contents of the mental health component of the NMHS 2015 for the Colombian population over 7 years of age.

Methods: Review, documentary analysis and discussion regarding the concepts and tools with the team in charge of the NMHS and other groups.

Results: 353 documents were reviewed, and 180 were analyzed and discussed. The component model is presented, considering the ethic dimension of relationship care as a main element; it merges two inquiry dimensions or categories: subjective-relational, and social-collective.

Conclusions: The structured mental health component provides information regarding the entire population. It also allows understanding and approaching the concept of mental health as a personal and collective "good life".

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Resulta paradójico insistir en la inclusión de un componente de salud mental en una encuesta en ese campo pero, aunque la salud mental se ha definido y se ha comprendido de maneras muy distintas, en los estudios epidemiológicos la tendencia es a asimilarla a los trastornos psiquiátricos. Los tópicos de salud mental, cuando se contemplan, se consideran desde la óptica de factores de riesgo o de protección contra la enfermedad o asociados con su aparición y evolución. De hecho, el instrumento común para la realización de tales estudios es la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (WHO-CIDI), con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)¹, y la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH) se ha definido como una serie coordinada de estudios epidemiológicos psiquiátricos en distintos países².

Esta serie de estudios e iniciativas internacionales, en los cuales Colombia participó con la ENSM-2003, parten de una concepción categórica (enfermedad-sin enfermedad) y privilegia la indagación de los trastornos mentales dejando de lado la valoración y la comprensión de la salud mental y los llamados problemas mentales generadores de dificultades, dolor y/o sufrimiento emocional.

Esa perspectiva usada comúnmente reduce la información obtenida a un grupo, el que presenta problemas o trastornos mentales, dejando de lado al resto de la población (e incluso a las personas de ese grupo cuando no se las totaliza e identifica con su enfermedad o con su síntoma); limita la aproximación a las condiciones socioculturales, a las especificidades contextuales, y conlleva implicaciones en

las maneras de comprender y estructurar las situaciones, los problemas y las intervenciones, en la determinación de políticas y programas, en la destinación de recursos, en la capacitación y formación, los servicios y el tipo de prestaciones consideradas, pues su mensaje orienta hacia el diagnóstico y el tratamiento sobre la promoción y la prevención.

Dado que en Colombia hoy la salud mental se asocia con el despliegue de recursos individuales y colectivos, con las relaciones significativas y las contribuciones comunitarias³, asimismo con la convivencia, la solidaridad, la participación en el logro de acuerdos y con enfoques de determinantes sociales de la salud y de derechos⁴, se consideró la necesidad de estructurar un componente para la ENSM-2015 que respondiera a tales orientaciones y las particularidades del momento que demandan la contribución de la salud mental pública en los cambios sociales, culturales y políticos que empiezan a ocurrir en el país.

Con esto en mente, el objetivo del presente artículo es describir la estructuración y los contenidos del componente de salud mental de la ENSM-2015 para la población colombiana de 7 y más años.

Métodos

La metodología conjugó la revisión, el análisis documental y la discusión con el equipo responsable de la ENSM sobre los planteamientos conceptuales y los instrumentos a utilizar (parte de estos, contruidos o ajustados a partir de algunos existentes), con la idea de que reflejaran las dimensiones de la conceptualización teórica buscando su validez⁵.

Para la recuperación de información, se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos especializadas (PubMed y EbscoHost), así como en documentos físicos, utilizando para ello términos (palabras clave y relacionadas): “salud mental” y: “evaluación”, “instrumentos evaluación”, “medición”, “técnicas evaluación”, “criterios”, “estudios epidemiológicos”, “estudios poblacionales”, “estudios/investigaciones nacionales”, “evaluación salud mental pública”. Esta búsqueda incluyó temas específicos que hacen parte del componente: “salud mental” y: “cognición social”, “capital social”, “sufrimiento emocional”, “violencias”, “desplazamiento forzado”, “resiliencia” y términos relacionados o complementarios.

El equipo de trabajo para la discusión de las propuestas estaba conformado por investigadores, expertos temáticos y en la elaboración de encuestas; participaron también funcionarios delegados por el Ministerio de Salud y Protección Social y del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-COLCIENCIAS. Además, se llevaron a cabo reuniones de socialización con distintos grupos académicos y sociales. Posteriormente, la encuesta en su versión inicial, incluyendo el componente de salud mental estructurado, se sometió a prueba y se ajustó teniendo en cuenta los comentarios de los grupos de expertos y los resultados de las pruebas piloto que se realizaron para la encuesta.

Una primera revisión de los documentos acopiados permitió descartar aquellos que desde el título se referían a trastornos mentales; los restantes se organizaron en cuatro grupos, así:

1. Descriptivos de enfoques, instrumentos de evaluación o de resultados de su aplicación.
2. Estudios poblacionales, epidemiológicos o comentarios en torno a ellos.
3. Teórico/conceptuales acerca de la salud mental.
4. Temas específicos y complementarios del componente.

Se llevó a cabo una segunda revisión, durante la cual se descartaron otros textos a partir de la saturación teórica, pues eran repetitivos o se contaba con información suficiente para el objeto del estudio. Este paso dejó para el análisis final un total de 353 documentos. Con los seleccionados, se llevó a cabo un proceso analítico-sintético de los contenidos y posteriormente la integración y la interpretación.

Resultados del análisis documental

El análisis, atendiendo al propósito del componente a estructurar, clasificó los contenidos de los documentos para los tres primeros grupos, así: énfasis en problemas, dificultades o trastornos mentales, e interés en salud mental, incluyendo en cada en cada uno las críticas a tales enfoques. De esos 180 documentos, se presenta en las tablas al final del documento un resumen de los hallazgos según categorías y subcategorías de análisis buscando dar cuenta del trabajo de investigación, pero su exposición pormenorizada trasciende el objetivo del artículo. Además, se anota la numeración con la cual puede ubicarse en los listados consignados al final toda la bibliografía revisada.

Discusión

Al analizar los 180 documentos centrales, dos resultados son llamativos a simple vista: el primero, la gran cantidad de instrumentos y propuestas que aparecen bajo la denominación general de «evaluación en salud mental»; algunos sitios web se refieren a 800 o más de 1.100, por ejemplo. El segundo es que buena parte se dedica a la detección de problemas, trastornos o riesgos, lo que coincide con la afirmación de Lluch⁶: «En definitiva, la recopilación, que hemos realizado, de los instrumentos elaborados para evaluar la salud mental, muestra que la mayoría de escalas están diseñadas básicamente para detectar ausencia/presencia de enfermedad. Paradójicamente, esta concepción negativa de la salud se refleja incluso en los cuestionarios que manejan conceptos positivos».

Esto es evidente en los estudios epidemiológicos o poblacionales, pues es frecuente que el título del documento incluya el término «salud mental» en tanto las palabras iniciales de la exposición sean «... los trastornos mentales...».

En cuanto a los contenidos en esos documentos, se destaca la descripción de prevalencias de los trastornos mentales y su atención, aunque es posible encontrar señalamientos acerca de la importancia de abordar variables sociales, culturales y otros determinantes sociales mediante un análisis con enfoque diferencial que apunte a las desigualdades y la inequidad, también en lo que respecta a los servicios. También recomendaciones para fortalecer el muestreo y las valoraciones, y subsanar el escaso o nulo impacto de los resultados de los estudios en los servicios, su distancia con la clínica y con la formación. Sin embargo, la conexión de todos estos elementos se lleva a cabo con las entidades psiquiátricas, sobre todo con las predominantes más fáciles de estudiar en el sentido de sea factible por su prevalencia o de recibir apoyos financieros por su importancia, que habitualmente tiene que ver con la frecuencia observada.

En Colombia los tres estudios nacionales previos⁷⁻⁹ (1993, 1997 y 2003) asumieron la perspectiva mencionada. Así, los diagnósticos de la situación de salud mental realizados en el país tienen una fundamentación positivista, y la salud mental se ha definido como la ausencia de enfermedad, aunque no se explicita esa postura o se parta de otras distintas, dejando sin explorar indicadores positivos, procesos sociales y condiciones de vida o de trabajo histórico-sociales¹⁰.

Aunque a la par con los textos anteriores se encuentran algunos con posturas críticas que propugnan por la consideración de las condiciones políticas y socioeconómicas, el impacto de la precarización de la vida, el papel de los procesos macrocontextuales, ecológicos y sistémicos en la determinación del padecer e identifican una tendencia a la medicalización, es claro que la pretensión de incluir otros aspectos termina siendo una aspiración que se diluye a la hora de evaluar. Esto porque la epidemiología en salud mental utiliza un objeto de estudio definido desde otra disciplina, la clínica psiquiátrica, cuya nosografía asume la enfermedad como entidad natural derivada de una causalidad mecánica primordialmente biológica, con lo cual limita la producción de nuevos conocimientos, las comprensiones y explicaciones de los problemas e impide «[...] problematizar en el campo epidemiológico los complejos procesos sociales e históricos que

determinan formas singulares y colectivas diferenciadas de vivir, padecer y enfermar»¹¹.

Tales cuestionamientos son corrientes en los documentos conceptuales que se ocupan de los problemas y trastornos mentales, planteando una patologización de las conductas cotidianas, con posiciones que llegan a describir tales enfoques como otras versiones del colonialismo y del patriarcalismo, particularmente ante el movimiento de Salud Mental Global, cuya pretensión es universalizar los servicios a los problemas y trastornos mentales y a la discapacidad psicosocial, con intenciones no explícitas políticas y económicas de mercantilización y/o de privilegiar cierto tipo de pensamiento que es más fácil de comprender a la luz de los conocimientos que se tienen.

Pero son frecuentes las propuestas de comprensiones contextualizadas en la vida contemporánea, con la descripción de nuevas afecciones y dificultades: narcisismo, miedo a la libertad y a los otros, fundamentalismo, adicciones a drogas y al juego, trastornos de la imagen corporal, asociados con la violencia y la pobreza, con las migraciones, con el uso compulsivo de computadores y otros dispositivos. Hablan asimismo de maneras distintas para calificar las conductas actuales en términos de formas de sufrimiento, padecimiento y malestar psíquico o social.

El interés por la salud mental aparece en pocos documentos epidemiológicos traducido en funcionamiento psicológico positivo, ecología social y física del entorno o adaptación satisfactoria; apreciaciones comunes a la gran mayoría de lo expuesto en los otros grupos, con predominio de la inscripción en el marco de la psicología o de la salud mental «positivas», aportando una serie considerable de facetas que tocan con todas las posibilidades loables de la conducta humana. El bienestar y la felicidad son tal vez de los conceptos más destacados desde dos aproximaciones: una hedónica (placer, afectos y emociones positivas y ausencia de las negativas, satisfacción vital, etc.) y otra eudaimónica (pleno desarrollo y funcionamiento psicológico, autorrealización, metas y fortalezas); se ha intentado explicar desde distintos modelos los nexos con la salud, la recuperación de problemas físicos e incluso con la expectativa de vida¹².

Otros constructos conceden un peso importante a las dimensiones sociales, en términos de, por ejemplo, competencias y habilidades, sentido de pertenencia, lazos sociales, confianza, acción y aporte social. Algunos más ponen el acento en formas distintas de las relaciones y promueven las armoniosas y señalan la superposición entre el individuo y los grupos sociales o su incidencia en las posibilidades de humanización.

Menos corrientes son las alusiones al malestar emocional, al sufrimiento, haciendo parte de la salud mental; con frecuencia aparecen bajo la figura del estrés normal de la vida, cuyo afrontamiento facilita el bienestar psicológico, o de capacidades diversas que permiten aprender a protegerse, sobrevivir y generar fortalezas personales aun en situaciones de pérdidas, conflictos y enfermedades. O capacidad de vivir y de sufrir en un entorno específico. Tiene cabida aquí la noción de resiliencia, es decir de resistencia, fortaleza y crecimiento ante o a pesar de las adversidades.

Más escasas aún son las aproximaciones a la contribución comunitaria o las opciones de modificación del entorno y de

las condiciones de vida con el carácter de una práctica social transformadora de la realidad y el reconocimiento de la determinación sociohistórica.

Sin embargo, se critica de esos enfoques predominantes que acojan valores de la cultura occidental: individualismo liberal, cierto narcisismo, un afán obsesivo por la autorrealización y una actitud perfeccionista de la vida, así como de la neurologización y biologización de la psicología¹³. Además, su énfasis en la comodidad y en la supresión de los afectos dolorosos, tristes o desagradables olvida la función de los conflictos y la frustración en el desarrollo de la capacidad de simbolización y de integración «[...] de las distintas y contradictorias facetas de uno mismo y de los demás»¹⁴.

En resumen, se aprecia en torno a la concepción de salud mental la supremacía de los valores, las capacidades y las responsabilidades individuales (no en vano «auto» es el prefijo que se liga muchos de los comportamientos deseables), por lo que el asunto de las interacciones humanas se circunscribe a las relaciones interpersonales habituales, tangenciales y transitorias, y no a la construcción de la vida colectiva; igualmente, las alusiones al ambiente tocan los ámbitos cotidianos de la escuela, la calle y el trabajo, sin que en estos se reflejen las diferencias inequitativas derivadas de los modos y las condiciones de vida, el contradictorio y exigente discurrir contemporáneo, las particularidades de contextos marcados por la marginalidad, la exclusión y las violencias, como tampoco el papel de la salud mental en su modificación. De allí que, sin desconocer la valoración imprescindible de la condición individual, resulten de especial interés para la estructuración del componente de salud mental de la ENSM las pocas definiciones que llenan de manera contrastante tales vacíos, que aluden por otra parte a la construcción de mentalidades y subjetividades altamente determinadas por las condiciones contextuales y las relaciones intersubjetivas, que crean formas valorativas, asociativas y de legitimación de conductas y acciones que no se reducen a decisiones individuales.

En este orden de ideas, la política nacional vigente ve en la salud mental la capacidad individual y colectiva para el logro de la justicia, el bien común, la interacción humana y con el medio ambiente y la promoción del bienestar subjetivo y de potencialidades psicológicas¹⁵. Una propuesta posterior introduce cambios a los supuestos tradicionales al pensar la salud y la enfermedad como manifestaciones distintas y no contrarias, ubicarla en el ámbito colectivo y destacar su poder de transformar las condiciones de vida e incrementar el capital global (simbólico, cultural, social y económico)¹⁶.

La Ley 1616 de 2013 prioriza la salud mental positiva, reitera lo concerniente a la interacción y el despliegue de recursos, añade el calificativo de significativas a las relaciones y las ideas de trabajar y contribuir a la comunidad, inscrita en la vida cotidiana, en la mejora de su calidad, en tanto bien de interés público y esencial del bienestar³. En el Plan Decenal de Salud Pública se la asocia con la convivencia, las relaciones sociales, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación, el ejercicio de los derechos, el bien común y el desarrollo humano y social⁴. La última propuesta de actualización de la política nacional reitera su faceta positiva y aporta nuevos indicadores, entre ellos los de cohesión y coherencia sociales, participación, relaciones socioafectivas, oportunidades de crecimiento personal, felicidad y satisfacción con la

vida. Afirma que los determinantes más relevantes de la situación de salud mental de las comunidades son las condiciones sociales, políticas y económicas¹⁷.

El componente de salud mental de la ENSM-2015

Con base en lo expuesto, este componente considera la salud mental en su sentido más llano, el de *sanitas*, o sea, el de las posibilidades y recursos psicológicos y sociales 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.

Considera como elemento central la dimensión ética, de cuidado en las relaciones, la exploración de la capacidad de reconocimiento del otro y de cierta responsabilidad hacia los demás y hacia el entorno. Así, el componente configura un modelo que entrecruza dos dimensiones o categorías de indagación: subjetiva-relacional (la experiencia tal y como es vivida por cada persona en relación con los otros y consigo, las interpretaciones y los valores que pueden emerger o no en el mundo personal-relacional) y social-colectiva (rodea y hace parte de la experiencia particular, enmarcándola; momentos de consenso e inclusión sin eliminar la pluralidad, construye formas de pertenencia y sentido para todos los que forman parte de este proceso).

La consideración de las particularidades presiona por averiguar si los valores sociales a los que se está haciendo mención se mantienen o, por el contrario, se han desdibujado por las condiciones de conflicto y guerra interna, unidas 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 individual como colectivamente, a través de apuestas que propendan a la construcción de lo que puede llamarse lo colectivo, en tanto su sentido de fuerza y valor.

De las categorías o dimensiones y su contextualización se derivan los temas considerados para la investigación (según se aprecia en la fig. 1).

Los temas mencionados, que conjugan distintas aproximaciones teóricas, se describen enseguida, al igual que los aspectos para averiguar en cada uno.

Dimensión subjetiva-relacional

Estar bien individual y colectivo, asunto de relaciones

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 dominación, la explotación o la tortura, en la incapacidad de pensar, de cambiar el pensamiento y la acción.

Temas o aspectos examinados: elementos que definen la salud mental, valoración de la propia y del bienestar subjetivo (felicidad). Autopercepción de conductas. Satisfacción en las relaciones con familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo

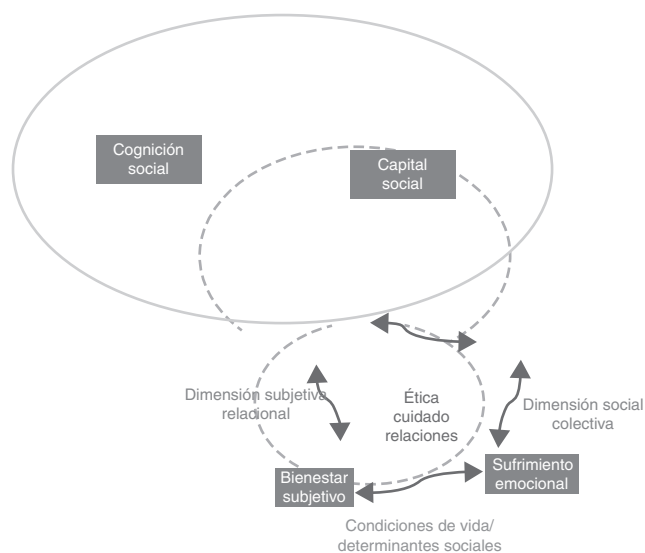


Figura 1 – Modelo del componente de salud mental de la ENSM 2015.

y de estudio, jefes, maestros. Apreciaciones acerca del hogar, barrio, trabajo, escuela, localidad, país.

Cognición social y reconocimiento de otros

La cognición social, entonces, es la disciplina que se ocupa del estudio del 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 influyen en dichos procesos la presencia de los otros (de manera implícita o explícita), nuestra motivación y nuestro estado emocional en cada situación concreta.

Temas o aspectos examinados: funciones ejecutivas, comprensión abstracta verbal y no verbal, resolución de problemas tipo metas y objetivos, reconocimiento de emociones, juicio y empatía en situaciones de daño accidental o intencional y sentimientos involucrados en las acciones representadas, así como sus posibles sanciones.

Dimensión social-colectiva

Apoyo, familia y capital social

El capital social en su sentido más amplio incluye a la familia, las redes de apoyo social, los recursos locales, las formas de relación entre el Estado y la sociedad, el marco institucional formal, las normas sociales y los valores. En cuanto a la familia, debe considerarse su capacidad para cumplir con las funciones de protección y cuidado, especialmente con la marcada ausencia de la figura paterna y/o de sus funciones.

Temas o aspectos examinados: confianza y solidaridad, transferencias y fuentes de apoyo; papel de la religión. Participación en grupos y actividades comunitarias. Funcionalidad familiar (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso, Apgar familiar). Cuidado y estimación en las interacciones con los hijos o niños a

su cargo. Exclusión y discriminación. Percepción de la seguridad del entorno, condiciones para la paz.

Salud mental y sufrimiento emocional

El sufrimiento cumple funciones de movilización o de inmovilidad y depende de muchos factores (apoyos, recursos internos y externos, contexto, origen, intensidad y duración). Si puede ser contenido y transformado, es posible aprender de las experiencias. Si, por el contrario, es insoportable e impensable, puede dar lugar a estados de desmentalización transitorios o estables. También, a mecanismos de sobrevivencia contrastantes con los valores y principios culturales y éticos de las condiciones de estabilidad y armonía.

Temas o aspectos examinados: eventos críticos o vitales estresantes (excluida la violencia directa) en el último año y durante la infancia. Violencias: actitudes ante la violencia, experiencias tempranas y actuales de violencia interpersonal (intrafamiliar), colectiva social (crimen organizado) y colectiva política (conflicto armado) en su naturaleza física, sexual y psicológica. Situación de desplazamiento, pérdidas sufridas; reacciones y recursos para su trámite y superación.

Conclusiones

Concederle un espacio exclusivo y particular a la salud mental en la ENSM-2015 permitirá, en primer término, incluir de manera explícita y relevante 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 los problemas 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 asociación con factores de riesgo o de protección contra la enfermedad. Y en último término, pero tal vez el más importante, permite pensar la salud mental desde la «buena vida» personal y colectiva, que hace énfasis en valorar la salud mental desde criterios éticos que orienten la acción permanente de su promoción y cuidado.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio es financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental «ENSM»; contrato 762-2013.

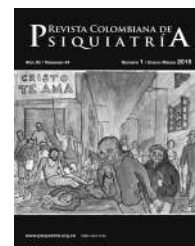
Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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;13:93-121.
2. Posada-Villa José A. La Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS [Internet]. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Disponible en: <http://slideplayer.es/slide/4165060/>
3. 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 [citado 19 Mar 2014]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%BAblica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
5. Campo-Arias A, Herazo E, Oviedo HC. Análisis de factores: Fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41:659-71.
6. Lluch Canut MT, Gómez Benito J, Peris Pascual MD, Universitat de Barcelona, Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2004 [citado 27 May 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/TDX-0331104-104403/>
7. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Informe preliminar. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003 [presentación en ppt]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
8. Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
9. Torres Y, Montoya I. Segundo Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
10. Urrego Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;2007.
11. Augsburg AC. La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicol Soc.* 2004;16:71-80.
12. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *An Psicol Clin Salud.* 2009;5:15-28.

13. Fernández-Ríos L, Comes JM. Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. *Anuario Psicol Clin Salud*. 2009;5:7-13.
14. Martínez SC. Los procesos poblacionales y la salud mental de la población. Algunas consideraciones teóricas y metodológicas Trabajo presentado en la X Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. El Colegio de México, México, D.F., noviembre de 2010. Disponible en: <http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/J.9.1.pdf>
15. Programa Comportamiento Humano. Política Nacional de Salud Mental. Resolución 2358 de 1998. Bogotá: Sect. Dirección General de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social; 1998. p. 61.
16. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento-propuesta para discusión y acuerdos [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Asociación Colombiana de Psiquiatría; 2007. p. 1-64. 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>
17. 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, julio de 2014. Disponible en: <http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/docs/1/5304073.PDF>



Artículo original

Aspectos metodológicos del diseño de muestra para la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Nelcy Rodríguez^{a,*}, Viviana Alejandra Rodríguez^a, Eugenia Ramírez^b, Sandra Cediel^b, Fabián Gil^a y Martín Alonso Rondón^a

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Dirección de Epidemiología y Demografía, Gestión del conocimiento, Grupo de estudios poblacionales, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de noviembre de 2015

Aceptado el 1 de agosto de 2016

On-line el 2 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Tamaño de la muestra

Estudios epidemiológicos

RESUMEN

Introducción: La OMS ha incentivado la creación, implementación y evaluación de políticas relacionadas con la salud mental en todo el mundo. En Colombia, en ese marco e impulsada por el Ministerio de Salud y Protección Social y financiada por Colciencias, se realizó la cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM IV) usando un diseño observacional de corte transversal. En ese contexto, y de acuerdo con los lineamientos y el diseño de muestra proporcionado por el Ministerio de la Protección Social, se presenta a continuación un resumen de la metodología usada para el diseño muestral. La ENSM IV tuvo como base para su diseño muestral la Muestra Maestra de Hogares para Estudios en Salud del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud, desarrollada e implementada en el año 2013 por el Ministerio de la Protección Social.

Métodos: Para este estudio, se incluyó a la población civil no institucionalizada del país. Se consideraron cuatro grupos etarios de interés: niños de 7 a 11 años, adolescentes de 12 a 17 años, personas entre 18 y 44 años y mayores de 44 años. El cálculo del tamaño de muestra se basó en las prevalencias reportadas en otros estudios para los desenlaces de trastornos mentales, depresión, suicidio, morbilidad sentida y uso de alcohol. La selección fue de tipo probabilístico por conglomerados, estratificada y polietápica. Se calcularon los factores de expansión al total poblacional.

Resultados: En este estudio se recolectaron 15.351 encuestas completas distribuidas según grupos de edad: 2.727 de 7–11 años; 1.754 de 12–17; 5.889 de 18–44 y 4.981 de \geq 45 años distribuidos en las 5 regiones: Atlántica, Oriental, Bogotá, Central y Pacífica.

Conclusiones: En este estudio, se recolectó un número de encuestas completas suficiente para tener una aproximación bastante precisa a escalas nacional y regional de la salud mental y algunos trastornos y problemas mentales de la población colombiana.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nrodrigu@javeriana.edu.co (N. Rodríguez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.009>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Methodological Aspects of the Sampling Design for the 2015 National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:
Sample size
Epidemiological studies

Introduction: The WHO has encouraged the development, implementation and evaluation of policies related to mental health all over the world. In Colombia, within this framework and promoted by the Ministry of Health and Social Protection, as well as being supported by Colciencias, the fourth National Mental Health Survey (NMHST) was conducted using an observational cross sectional study. According to the context and following the guidelines and sampling design, a summary of the methodology used for this sampling process is presented. The fourth NMHST used the Homes Master Sample for Studies in Health from the National System of Studies and Population Surveys for Health to calculate its sample. This Master Sample was developed and implemented in the year 2013 by the Ministry of Social Protection.

Methods: This study included non-institutionalised civilian population divided into four age groups: children 7-11 years, adolescent 12-17 years, 18-44 years and 44 years old or older. The sample size calculation was based on the reported prevalences in other studies for the outcomes of mental disorders, depression, suicide, associated morbidity, and alcohol use. A probabilistic, cluster, stratified and multistage selection process was used. Expansions factors to the total population were calculated.

Results: A total of 15,351 completed surveys were collected and were distributed according to the age groups: 2727, 7-11 years, 1754, 12-17 years, 5889, 18-44 years, and 4981, ≥ 45 years. All the surveys were distributed in five regions: Atlantic, Oriental, Bogotá, Central and Pacific.

Conclusions: A sufficient number of surveys were collected in this study to obtain a more precise approximation of the mental problems and disorders at the regional and national level.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La OMS ha incentivado la creación, implementación y evaluación de políticas relacionadas con la salud mental, en todo el mundo. En Colombia, en ese marco e impulsada por el Ministerio de Salud y Protección Social y financiada por COLCIENCIAS, se realizó la cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM IV), usando un diseño observacional de corte transversal. En ese contexto, y de acuerdo con los lineamientos y el diseño de muestra proporcionado por el Ministerio de la Protección Social, se presenta a continuación un resumen de la metodología usada para el diseño muestral.

Métodos

La ENSM IV tuvo como base para su diseño muestral la Muestra Maestra de Hogares para Estudios en Salud del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud, desarrollada e implementada en el año 2013 por el Ministerio de la Protección Social¹.

La población de interés en este estudio es la población civil no institucionalizada del país. Teniendo en cuenta los objetivos de la investigación, se consideraron 4 grupos etarios de interés: niños de 7-11 años, adolescentes de 12-17 años, adultos de 18-44 años y de edad ≥ 44 años.

Tamaño de muestra

El cálculo del tamaño de muestra en los 4 grupos de edad se realizó con las prevalencias reportadas en otros estudios para los desenlaces de trastornos mentales, depresión, suicidio, morbilidad sentida y uso de alcohol. En cada uno de los grupos de edad se seleccionó el tamaño de muestra que permitiera un equilibrio entre la precisión deseada y los recursos disponibles para el desarrollo de la ENSM IV. La tabla 1 muestra el cálculo final según el desenlace de interés seleccionado. Todos los cálculos consideraron un error estándar relativo del 11,7% y un efecto del diseño por conglomerados de 1,5. La tabla muestra el tamaño de muestra calculado para cada grupo etario en cada una de las 5 regiones del país que componen el marco muestral (Central, Oriental, Atlántica, Pacífica y Bogotá). El tamaño de muestra nacional calculado se aumentó en un 20% para cubrir rechazos y posibles datos faltantes. Para más detalles sobre los cálculos en los otros desenlaces mencionados, se puede revisar el protocolo de la ENSM IV (la descripción detallada se puede revisar en la página *web* del MSPS).

Diseño muestral y selección

«Se denomina Muestra Maestra de Hogares para Salud el conjunto de municipios, sectores y secciones censales urbanos y rurales, y de segmentos con un promedio de 12 viviendas

Tabla 1 – Tamaños de muestra calculados para la ENSM IV

	7-11 años	12-17 años	18-44 años	≥ 45 años
Tamaño poblacional	4.282.853	5.245.478	18.907.180	12.421.045
Desenlace	Trastornos mentales	Morbilidad sentida	Depresión	Depresión
Proporción, %	20,3 ^a	27,3 ^b	11,5 ^c	11,5 ^c
Tamaño de muestra nacional	2.190	1.460	4.215	4.215
Ajuste por datos faltantes y pérdidas	2.628	1.752	5.058	5.058

^a Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 (23,1%), corroborado con la información mundial de niños y adolescentes que presenta la OMS (20%) y estudios realizados en Puerto Rico, que utilizaron el DISC (un 16-18% según criterios del DSM-IV)²⁻⁴.

^b Ánimo triste en la vida en población de 12-17 años⁵.

^c Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003. Cualquier trastorno en los últimos 12 meses⁶.

Tabla 2 – Regiones y departamentos que componen la muestra de la ENSM

Región	Departamentos
1. Atlántica	Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Sucre, Magdalena, San Andrés
2. Oriental	Boyacá, Meta, Putumayo, Cundinamarca, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Meta, Santander, Norte de Santander, Arauca
3. Central	Antioquia, Caquetá, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila
4. Pacífica	Valle, Cauca, Nariño, Chocó
5. Bogotá	Bogotá

(13 hogares) seleccionados probabilísticamente del universo nacional de este tipo de unidades, que tengan posibilidad de ser utilizadas, adaptadas o submuestreadas para investigaciones para salud de similares o diferentes objetivos específicos, en forma simultánea, sucesiva o acumulativa, y cuyos materiales puedan ser usados repetidamente a través del tiempo»⁷.

Es importante aclarar que, en el diseño de esta Muestra Maestra, se define la población de estudio desde tres aspectos: uno geográfico, en el cual se incluyen todos los departamentos del país y sus zonas urbanas y rurales, excepto la zona rural dispersa de los municipios de la Orinoquia y la Amazonía; en segundo lugar, desde el aspecto demográfico: la población civil no institucionalizada que reside en el país con excepción de los habitantes de calle y los habitantes de la parte rural dispersa de los departamentos de la región de la Orinoquia y la Amazonía y, finalmente, desde el punto de vista socioeconómico: se consideran los estratos socioeconómicos de la zona urbana, pero unificando los estratos 5 y 6.

Teniendo presentes estas definiciones de base, el Ministerio de la Protección Social determinó y proporcionó a los desarrolladores de la ENSM IV las siguientes fases en el diseño de muestra:

1. *El Diseño.* La muestra para la ENSM IV se constituyó en una submuestra de la Muestra Maestra, considerando además una desagregación regional (tabla 2), urbana y rural y por franjas de edad definidas de 7-12 y > 12 años.
2. *Tipo de muestra y selección.* La muestra para este estudio fue de tipo probabilístico por conglomerados, estratificada y polietápica. Para la recolección de información, la encuesta contó con 110 unidades primarias de muestreo (UPM), cada una correspondiente a un municipio con más de 7.500 habitantes o a la unión de municipios similares del mismo

Tabla 3 – Distribución de las UPM y USM según región para la ENSM

Región	UPM	USM		
		Total	Cabecera	Resto
1. Atlántica	25	218	151	67
2. Oriental	38	219	164	55
3. Bogotá	1	206	206	—
4. Central	27	198	145	53
5. Pacífica	19	197	134	63
Total general	110	1.038	800	238

departamento. Es importante resaltar que 22 de las UPM fueron de inclusión forzosa debido a su mayor tamaño¹. Tras la selección de las UPM, se seleccionaron las unidades secundarias de muestreo (USM), que para el caso urbano correspondían a grupos de manzanas de los mismos sector y sección censales, y para la zona rural correspondía a la vereda cultural (1. En total se seleccionaron 1.038 USM. La distribución de UPM y USM por región se resume en la tabla 3. Dentro de cada USM se propuso seleccionar una unidad terciaria de muestreo (UTM), definida como segmentos con promedio de 12 viviendas contiguas. Dentro de cada UTM, todas las viviendas eran invitadas a participar en la encuesta. Al realizar la visita a la vivienda seleccionada, se determinó si había más de un hogar, en cuyo caso se seleccionaron todos los hogares dentro de una vivienda. Dentro de cada hogar seleccionado, se construyó el listado de todos los individuos del hogar. Mediante el software Blaise®, se seleccionó aleatoriamente, utilizando una tabla de Kish⁸, a uno de los sujetos del hogar de 12 años o más (unidad final de muestro UFM). Además, si el hogar tenía niños de 7-11 años, el software seleccionaba de igual forma a un niño, independientemente al sujeto previamente seleccionado. De esta forma, algunos hogares tuvieron solo 1 UFM correspondiente a un sujeto mayor de 12 años y algunos otros hogares tuvieron 2 UFM, 1 niño y 1 sujeto mayor de 12 años.

3. *Los indicadores que estimar.* En la tabla 1 se presentan los indicadores básicos sobre los cuales se consideró el diseño de la muestra para este estudio, teniendo en cuenta sus objetivos. Se tomaron como base los indicadores que tuviesen menor frecuencia en los hallazgos de otros estudios para efecto del cálculo de muestra: trastornos mentales en niños, morbilidad sentida en adolescentes y depresión en personas de 18 y más años. Sin embargo, este estudio estimó otros indicadores (prevalencias y frecuencias) que

se relacionaban con salud mental, problemas, trastornos y acceso a servicios.

4. La desagregación requerida en los resultados y precisión de las estimaciones. El tamaño de muestra se calculó para que tuviera representatividad nacional y regional en los 4 grupos de edad (7-11, 12-17, 18-44 y ≥ 45 años), para los desenlaces mencionados anteriormente o los que tuviesen prevalencias mayores. En el estudio de desenlaces con prevalencias menores, diferentes grupos de edad u otros subgrupos de interés, es importante utilizar el coeficiente de variación estimado (CVE) como criterio de calidad de la estimación. Se debe considerar muy poco precisas las estimaciones con $CVE > 20\%$, por ende, el uso de dichas estimaciones debería ser nulo o muy limitado. En los resultados de la ENSM IV se tomó este valor como el punto de corte para reportar o no las estimaciones obtenidas.

Cálculo del factor de expansión

El factor de expansión final de cada una de las personas encuestadas en el estudio corresponde al producto del factor básico de expansión, el factor de ajuste por no respuesta y el factor de ajuste al total poblacional. El factor básico de expansión fue calculado como el inverso multiplicativo de la probabilidad de selección; la probabilidad de selección de cada sujeto en la muestra corresponde al producto de los de las probabilidades de selección en las tres etapas de muestreo. Los errores estándar de los estimadores reportados en el estudio (medias, proporciones, totales, *odds ratio* [OR], etc.) y empleados en el cálculo de los respectivos intervalos de confianza se estimaron usando el método de linealización por series de Taylor. Para hacer la estimación de la varianza de las estimaciones en encuestas con diseños con muestras complejas, se pueden utilizar métodos de remuestreo como el *Jackknife*, el *Bootstrap* y el método de repeticiones repetidas balanceadas (BRR por su nombre en inglés), o se puede utilizar el método de linealización por series de Taylor o método δ ^{9,10}.

El método de linealización por series de Taylor es un método que consiste en expresar un parámetro no lineal (θ) como una función de medias de otras variables a través de una función lineal, para lo cual se puede derivar una aproximación de la varianza de un estimador puntual. Dado que los estadísticos de interés eran promedios, razones y coeficientes de regresión, el método estándar de estimación de varianza se hizo con el método de linealización por series de Taylor^{1,9,10}.

Todas las estimaciones hechas se ajustaron para las desagregaciones por región, edad y sexo, que eran las desagregaciones de interés en este estudio.

En caso de que para posteriores análisis se requieran otras desagregaciones, se debe tener cuidado en hacer los respectivos ajustes a las consideraciones muestrales.

Resultados durante el proceso de recolección

En la tabla 4 se resume el total de individuos recolectados por grupos de edad y por región con encuestas completas.

La tabla 5 presenta la síntesis del universo poblacional para la ENSM, por región y sexo.

Tabla 4 – Distribución de la muestra recolectada por grupos de edad y región

Región	7-11 años	12-17 años	18-44 años	≥ 45 años
1. Atlántica	668	412	1.393	968
2. Oriental	718	410	1.413	1.146
3. Bogotá	421	301	855	889
4. Central	445	330	1.121	1.052
5. Pacífica	475	301	1.107	926
Total	2.727	1.754	5.889	4.981

Tabla 5 – Proyección de población de Colombia para la ENSM 2015 por región y sexo

Región	Total	Varones	Mujeres
1. Atlántica	8.955.785	4.471.407	4.484.377
2. Oriental	8.401.968	4.192.374	4.209.594
3. Bogotá	7.035.369	3.402.281	3.633.088
4. Central	10.573.090	5.199.452	5.373.638
5. Pacífica	7.225.148	3.560.362	3.664.786
Total	42.191.360	20.825.876	21.365.484

Fuente: Proyecciones de Población DANE (con fecha de actualización de la serie: jueves 12 de mayo de 2011).

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

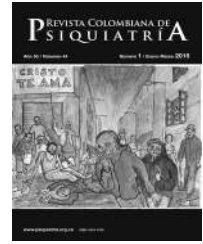
Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con este estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. 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.
2. 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;61:85-93.
3. 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. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1026-35.
4. OMS. Salud mental: un estado de bienestar [Internet]. WHO [citado 3 Jun 2014]. Disponible en: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/
5. Torres Y, Posada-Villa J. Estado del arte sobre la salud mental del adolescente. En: 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.
6. Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 [Internet]. Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
7. Metodología Muestral, Gran Encuesta Integrada de Hogares, GEIH. Bogotá: DANE; 2012.
8. Kish L. Survey sampling. Revised edition. New York: Wiley-Interscience; 1995.
9. Kolenikov S. Resampling variance estimation for complex survey data. *Stata Journal*. 2010;10:165-99.
10. Rao JNK, Wu CFJ. Resampling inference with complex survey data. *J Am Stat Assoc*. 1988;83:231-41.



Artículo original

Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015



Hoover Quitian, Rafael E. Ruiz-Gaviria, Carlos Gómez-Restrepo y Martín Rondón*

Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 28 de febrero de 2016

On-line el 4 de mayo de 2016

Palabras clave:

Pobreza

Salud mental

Trastornos mentales

Trastornos relacionados con sustancias

RESUMEN

Introducción: La pobreza se ha relacionado en algunos estudios con peores desenlaces en problemas y trastornos mentales. Se lo considera un círculo en el cual la pobreza favorece la aparición de la enfermedad mental y esta a su vez conduce a mayor pobreza. En Colombia no existen estudios al respecto.

Objetivo: Describir la asociación en Colombia entre problemas y trastornos mentales y la condición de pobreza según el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM).

Material y métodos: Empleando la muestra de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, ponderada por los factores de expansión para la población, mediante entrevistas semiestructuradas se emplearon los instrumentos SRQ-20, AUDIT C y A, PCL-modificado, APGAR familiar y CIDI-CAPI, para establecer la prevalencia de problemas y trastornos mentales, clasificando entre pobres y no pobres según el IPM.

Resultados: Se entrevistó en total a 13.200 hogares, el 13,5% de ellos en condición de pobreza; en estos, el 6,2% de la población adolescente reportó algún trastorno a lo largo de la vida y el 4,6% en los últimos 12 meses; en contraste, en el mismo grupo de edad, pero no en condición de pobreza, las tasas fueron del 7,2 y el 3,3% respectivamente. En adultos en pobreza, la prevalencia de trastornos a lo largo de la vida fue del 9,2 y el 4,3% en el último año; los no pobres mostraron prevalencias del 9,1 y el 3,9 respectivamente.

Conclusiones: Existe una relación entre no acceder de manera suficiente a la canasta de bienes básica y la presencia de afecciones mentales en la población colombiana; no obstante, no parece que haya asociación entre la exacerbación de la pobreza y un mayor deterioro de la salud mental.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: martin.rondon@javeriana.edu.co (M. Rondón).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.02.005>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Poverty and Mental Disorders in the Colombian Population: National Mental Health Survey 2015

A B S T R A C T

Keywords:

Poverty
Mental health
Mental disorders
Substance-related disorders

Introduction: Poverty has been associated in some studies with poorer outcomes in mental problems and disorders. A circular relationship has been considered in which poverty fosters the appearance of mental illness and this facilitates greater poverty. There are no studies in Colombia on this subject.

Objective: To describe the association between mental problems and disorders and poverty according to the Multidimensional Poverty Index (MPI) in Colombia.

Material and methods: Using the 2015 National Mental Health Survey, adjusted with the expansion factors for the population. The prevalences of mental problems and disorders obtained through semi-structured interviews employing the instruments SRQ-20, AUDIT C and A, modified PCL, familiar APGAR and CIDI CAPI. The poverty status was determined by the MPI.

Results: A total of 13,200 households were interviewed, of which 13.5% were classified as in a poverty condition, 6.3% of the adolescents of poor households reported a life-time prevalence of any mental disorder, and 4.6% in the last 12 months. On the other hand, the prevalences for the same age group not in a poverty condition were 7.2% and 3.3%, respectively. For adults in poverty, the prevalence of life-time mental disorders were 9.2%, with 4.3% in the last year, while those not considered poor showed prevalences of 9.1% and 3.9% for the same time periods.

Conclusions: For the population of Colombia, there is a relationship between not being able to access the basic basket of goods and the presence of mental diseases, although there does not seem to be an association between an increase in poverty and the deterioration of mental health.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

No existe una única definición de pobreza; en general, se refiere a la carencia o falta de acceso al conjunto básico de bienes y servicios en un nivel que se considera inaceptable, y la pobreza extrema es la situación en que las carencias significan un detrimento excesivo del bienestar o amenazan la vida.

Debido a que evitar la enfermedad tal vez sea la necesidad primaria del ser humano, la relación entre pobreza y salud se manifiesta desde la definición de la canasta de bienes y servicios que se considera básica, y en la literatura científica hay evidencia que da cuenta del círculo de retroalimentación entre las dos, mediante el cual la pobreza favorece la aparición de la enfermedad y las precarias condiciones de salud pueden convertirse en una barrera para acceder a la canasta básica.

En razón de ello, la OMS incluyó entre los objetivos del milenio proyectos que pueden mitigar o controlar factores asociados al incremento de la pobreza, como la falta de educación, la falta de acceso a salud y las desigualdades de género¹.

El concepto de salud en sus comienzos ignoraba el componente del adecuado funcionamiento mental de la población, pero actualmente se conoce que para un completo bienestar el individuo debe contar con salud tanto física como mental, entendiendo por esta no únicamente la ausencia de trastornos mentales, sino también la capacidad de resiliencia de los individuos para hacer frente a las eventualidades de la vida

cotidiana, lo que le permite la toma consciente de decisiones para contribuir a la sociedad desde distintas dimensiones^{2,3}.

Desde la década de los ochenta se ha explorado la relación entre pobreza y salud mental. Entre los primeros autores se encuentra el grupo liderado por el Dr. Saraceno, que propuso la existencia de un ciclo bidireccional en el que se dificulta establecer la relación de causalidad inicial entre el incremento de la pobreza y el deterioro de la salud mental⁴.

De acuerdo con Saraceno, la pobreza puede deteriorar salud mental por el aumento del estrés que genera la exclusión social, el escaso acceso a servicios de salud, la disminución del capital social y el incremento de la violencia. Por su parte, la enfermedad mental puede ser un factor que incrementa el tamaño o la profundidad de la pobreza debido al mayor gasto en salud, la pérdida de productividad, la estigmatización de los pacientes y la posible pérdida del empleo⁵.

Otra posible explicación de por qué la enfermedad mental puede precipitar que una persona se encuentre en situación de pobreza es la discapacidad que genera, lo que limita la capacidad productiva del individuo. En el estudio de carga de enfermedad global del año 2010, se encontró que las enfermedades mentales, incluido el abuso de sustancias, representaron el 7% de todos los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos, que incluyen los años perdidos por muerte prematura, y el 23% si solo se toman los años vividos con discapacidad⁶.

Con el fin de establecer la relación entre la condición de pobreza y la prevalencia de enfermedad mental, países como Canadá han financiado estudios que emplean datos provenientes de encuestas nacionales. En el caso canadiense, Caron et al⁷ emplearon la base de la encuesta nacional de salud comunitaria, salud mental y bienestar para explorar la relación entre la presencia de enfermedades y los niveles de ingresos de los entrevistados, y encontraron mayor relación con el trastorno depresivo mayor, la fobia social y el abuso de sustancias.

Colombia ha realizado avances en la medición de la pobreza al emplear, además de la línea de ingresos, el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), con el que se busca evaluar mejor el acceso a los bienes y servicios básicos. En materia de salud mental, en 1993 se realizó el primer Estudio Nacional de Salud Mental (ENSM), con actualizaciones en 1997 y 2003, con el propósito de estimar la prevalencia de los problemas y enfermedades mentales, y se exploran las relaciones con las variables demográficas. Sin embargo, no existen estudios que evalúen la interconexión entre la condición de pobreza y la salud mental.

En 2015 la Universidad Javeriana fue la encargada de conducir el ENSM e incluyó, dentro del conjunto de preguntas de la encuesta, la consulta de las variables necesarias para calcular el IPM con el fin de explorar la relación entre el acceso a mercados y la condición de salud mental de los colombianos. El presente artículo muestra los resultados del análisis exploratorio entre la pobreza y la presencia de enfermedad mental en la población colombiana mayor de 12 años.

Material y métodos

Es un estudio observacional de corte transversal y ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social, con la posterior ponderación de los resultados con los factores de expansión de la población. La población de referencia son personas de 7 o más años no institucionalizadas; la muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad (7-11, 12-17, 18-44 y \geq 45 años) y las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá); con una representatividad según los grupos de estratificación, estos están ponderados y son representativos de la población colombiana. La descripción detallada de la metodología se explica en el protocolo del estudio, que se puede revisar en la página *web* del Ministerio de Salud y Protección Social

Para el diagnóstico de problemas y enfermedades mentales en adultos y adolescentes, se emplearon el cuestionario autoaplicado (SRQ-20), la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) en su versión computarizada⁸ y el cuestionario AUDIT⁹. Entre las enfermedades mentales se incluyeron: depresión, suicidio, trastorno afectivo bipolar, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social. En el caso de la población infantil, se empleó el Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)¹⁰, que incluye enfermedades mentales de la población infantil como trastornos del afecto, de ansiedad y de la conducta. Además se utilizó

la herramienta APGAR familiar¹¹, cuyo objetivo es evaluar el nivel de disfunción familiar percibido por el individuo.

Para determinar la condición de pobreza se empleó el IPM, que reúne las dimensiones de salud, educación, condiciones de la niñez y la juventud, servicios públicos domiciliarios, trabajo y condiciones de la vivienda, lo que permite una mejor aproximación que usando la línea de ingresos¹², y por esta razón lo utiliza el Departamento Nacional de Estadística DANE¹³, cuya encuesta fue incorporada al ENSM.

El IPM toma valores entre 0 y 1, incrementándose conforme lo hacen las limitaciones, por lo que 1 correspondería a no haber accedido, en un nivel aceptable, a ninguno de los bienes y servicios considerados básicos y 0, a reportar acceso suficiente a la canasta básica. Dentro del cálculo, cada una de las cinco dimensiones puede sumar 0,2 y este valor se divide equitativamente entre el número de preguntas de la dimensión.

Pese a que la metodología de cálculo es estándar, no existen lineamientos sobre cuál debe ser el punto de corte del IPM para considerar pobre al individuo. En el caso colombiano, el DANE emplea 0,33 como el valor límite a partil del cual se establece que la persona no cuenta con las condiciones aceptables de bienestar y, por lo tanto, se clasifica en la condición de pobreza¹⁴.

Además, con el objetivo de evaluar si existe un gradiente entre pobreza y salud mental, la muestra se dividió en cuatro grupos. El primero, denominado «con acceso» y compuesto por quienes arrojaron 0 en el IPM, es decir, los individuos que no tuvieron ningún problema de acceso en las dimensiones evaluadas a un nivel aceptable; el segundo, de individuos con $IPM > 0$ y $\leq 0,21$ ¹⁵, se llamó «no vulnerable» por cuanto presentó algunas limitaciones pero no se encuentra cercano a caer en situación de pobreza; el tercero, identificado como «vulnerable» por su cercanía al umbral de pobreza multidimensional, se conformó con aquellos con $IPM > 0,21$ y $< 0,33$; y finalmente, el grupo de quienes se encuentran en situación de pobreza.

Los resultados del IPM fueron contrastados con los referentes a la presencia de problemas o enfermedades mentales para explorar si existe evidencia de asociación.

Resultados

La ENSM se aplicó a 13.200 hogares, el 77,3% de ellos en zona urbana. La partición por sexo fue equilibrada, con el 51,7% de mujeres, y en la distribución por grupos etarios la mayor proporción se encontró entre los 18 y los 44 años, seguidos de los mayores de 45 (tabla 1).

Índice de Pobreza Multidimensional

En la muestra, el 13,5% de los hogares se encontraban en condición de pobreza. La región con mayor porcentaje de hogares en pobreza fue Atlántico y el menor se registró en Bogotá. La distribución al interior de las regiones por tipo de zona (tabla 2) mostró que la zona rural, comparada con la urbana, salvo en el caso de Bogotá, tiene mayor proporción de sus hogares en situación de pobreza.

Tabla 1 – Distribución demográfica de la muestra

Grupo etario	Varones	Mujeres	Total
7-11 años	1.419 (21,3)	1.308 (15)	2.727 (17,8)
12-17 años	847 (12,7)	907 (10,4)	1.754 (11,4)
18-44 años	2.426 (36,5)	3.463 (39,8)	5.889 (38,4)
45 o más años	1.958 (29,4)	3.023 (34,7)	4.981 (32,4)

Los valores expresan n (%). Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Tabla 2 – Pobreza multidimensional por región y zona rural o urbana

Zona	Región					
	Atlántico	Bogotá	Central	Oriental	Pacífico	Nacional
Rural	301 (39)	3 (6)	153 (23)	178 (23)	210 (26)	845 (27)
Urbano	313 (15)	129 (6)	139 (7)	224 (10)	130 (8)	935 (9)
Total	614 (21)	132 (6)	292 (11)	402 (13)	340 (13)	1.780 (13)

Los valores expresan n (%). Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Nivel educativo de los padres

En la muestra, el nivel educativo de los padres mostró una relación inversa con la pobreza. La secundaria de los padres se asocia a mayor reducción en puntos porcentuales de los niveles de pobreza, y en los niveles tecnológico y universitario la pobreza está muy cerca de desaparecer (tabla 3).

Apoyo y disfunción familiar

Al indagar por la respuesta a solicitud de ayuda o apoyo en caso de sufrir algún problema, se encontró que, tanto en los hogares en estado de pobreza como en los que no, la entidad o grupo al que más se solicita apoyo es la misma familia, con un 94% en el grupo de los adolescentes y aproximadamente un 80% en el grupo de los mayores de 18 años¹⁶. Más de la mitad de los adolescentes manifestaron recibir apoyo siempre o casi siempre independientemente de la condición de pobreza, mientras que en los adultos de la población pobre se observó una mayor percepción de haber recibido ayuda.

La disfunción familiar, evaluada mediante el APGAR familiar, evidenció que, tanto en el grupo de adultos como en el de adolescentes, las familias clasificadas sin ninguna disfunción eran más frecuentes en los hogares que no se encontraban en estado de pobreza, con proporciones del 82 y el 85% respectivamente. No se observaron diferencias entre los grupos al revisar las familias que presentaban una disfunción familiar grave, pero sí se encontró que los hogares en condición de pobreza eran más frecuentemente clasificados con disfunción familiar moderada que los hogares sin condición de pobreza (tabla 3).

Eventos traumáticos, desplazamiento y riesgo de trastorno de estrés postraumático

Al preguntar por experiencias que los encuestados hayan considerado traumáticas, los hogares que refirieron el mayor número fueron los que no se encontraban en estado de pobreza. A las personas que refirieron haber tenido algún

evento traumático, se les evaluó si se encontraban en riesgo de trastorno de estrés postraumático (TEPT), y no se encontraron diferencias entre pobres y no pobres, con probabilidades de entre 3,5 y 2,1 (tabla 3).

Los eventos traumáticos se subdividieron y se exploró el problema del desplazamiento forzado por violencia, y se encontró que los hogares en estado de pobreza refirieron más frecuentemente haber sido desplazados por la violencia alguna vez en su vida, un 29,4% de los adultos y el 25,5% de los adolescentes, comparado con el 14,4 y el 13,4% de los mismos grupos en hogares no clasificados como pobres según el IPMD.

Problemas y trastornos mentales

En cuanto a los problemas mentales, tanto en adultos como en adolescentes, la mayoría obtuvo menos de 8 síntomas y no se encontró relación con la condición de pobreza.

Al revisar la prevalencia de cualquier trastorno evaluada en los últimos 12 meses, los datos reflejan una leve diferencia, más alta en los hogares en condición de pobreza, diferencia que se mantuvo en los adultos cuando se evaluó la prevalencia en toda la vida (tabla 3).

En cuanto a trastornos de ansiedad, se encontró que, al igual que con los problemas, los hogares en condición de pobreza tenían mayores prevalencias, el 2,47% de los adultos y el 4,41% de los adolescentes, pero las diferencias con los no pobres no superaron un punto porcentual.

Además de explorar problemas y trastornos de manera general, se preguntó a los individuos acerca de psicopatología relacionada con depresión y ansiedad. En cuanto a la depresión, en todos los hogares se reportó al menos un síntoma de psicopatología, con una prevalencia de trastorno depresivo más alta en los hogares en condición de pobreza, el 1,87% de los adultos y el 0,78% de los adolescentes (tabla 3).

A diferencia de la depresión, se encontraron hogares entrevistados sin síntoma ansioso alguno, y aunque las diferencias no superaron los cuatro puntos porcentuales, este porcentaje resultó más alto en los hogares no pobres, el 48% de los adultos y el 51,1% de los adolescentes.

Tabla 3 – Resultados de adultos y adolescentes, pobres y no pobres según IPMD

	Adultos		Adolescentes	
	No	Sí	No	Sí
Nivel educativo				
<i>Nivel educativo de la madre</i>				
Ninguno/primaria	6.921 (86)	1.147 (14)	304 (58)	221 (42)
Secundaria	1.606 (96)	69 (4)	613 (88)	85 (12)
Técnico/tecnólogo	210 (99)	2 (1)	95 (94)	6 (6)
Universitario	201 (98)	4 (2)	81 (100)	0
<i>Nivel educativo del padre</i>				
Ninguno/primaria	6.486 (86)	1.079 (14)	377 (64)	210 (36)
Secundaria	1.502 (96)	70 (4)	527 (88)	73 (12)
Técnico/tecnólogo	160 (99)	2 (1)	55 (98)	1 (2)
Universitario	327 (98)	6 (2)	71 (97)	2 (3)
Apoyo familiar y disfunción				
<i>Apoyo con problemas</i>				
Siempre	2.523 (25,9 ± 0,7)	411 (30,9 ± 1,9)	388 (37,1 ± 2,2)	121 (37,1 ± 3,7)
Casi siempre	1.373 (14,9 ± 0,6)	154 (12,2 ± 1,3)	215 (18,5 ± 1,6)	43 (16,3 ± 3,0)
Algunas veces	4.226 (44,1 ± 0,8)	512 (38,4 ± 1,9)	418 (36,4 ± 2,0)	127 (35,6 ± 3,4)
Nunca	1.425 (15,1 ± 0,6)	245 (18,5 ± 1,5)	101 (8,01 ± 1,0)	32 (11,1 ± 2,4)
<i>APGAR familiar</i>				
Sin disfunción familiar	7.775 (82,7 ± 0,6)	1.027 (79,6 ± 1,7)	948 (85,8 ± 1,4)	242 (77,3 ± 3,0)
Disfunción familiar leve	974 (9,71 ± 0,4)	156 (11,3 ± 1,4)	116 (9,88 ± 1,2)	45 (11,8 ± 2,2)
Disfunción familiar moderada	488 (4,34 ± 0,3)	92 (6,16 ± 0,9)	36 (2,23 ± 0,4)	25 (8,77 ± 2,3)
Disfunción familiar grave	311 (3,22 ± 0,3)	47 (2,97 ± 0,7)	22 (2,12 ± 0,7)	11 (2,17 ± 0,8)
Eventos traumáticos y TEPT				
<i>Haber padecido un evento traumático</i>				
Nunca	5.601 (59,5 ± 0,8)	847 (66,9 ± 1,8)	778 (72,4 ± 1,8)	256 (80,1 ± 2,9)
Un evento	2.676 (27,3 ± 0,7)	356 (25,1 ± 1,7)	281 (22,7 ± 1,7)	56 (14,6 ± 2,3)
Dos eventos	663 (6,99 ± 0,4)	65 (4,86 ± 0,8)	39 (3,35 ± 0,7)	8 (4,70 ± 2,0)
Tres eventos	285 (3,47 ± 0,4)	28 (1,63 ± 0,4)	17 (1,03 ± 0,3)	3 (0,59 ± 0,4)
Cuatro o más eventos	223 (2,82 ± 0,3)	20 (1,55 ± 0,6)	7 (0,55 ± 0,2)	0
<i>Riesgo de TEPT</i>				
No	3.823 (97,1 ± 0,4)	456 (96,5 ± 1,0)	337 (97,9 ± 0,9)	65 (97,2 ± 2,1)
Sí	124 (2,92 ± 0,4)	19 (3,47 ± 1,0)	8 (2,06 ± 0,9)	2 (2,85 ± 2,1)
<i>Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida</i>				
Sí	766 (14,4 ± 0,8)	177 (29,4 ± 2,7)	53 (13,4 ± 2,3)	30 (25,5 ± 5,3)
No	4.102 (85,6 ± 0,8)	394 (70,6 ± 2,7)	291 (86,6 ± 2,3)	84 (74,5 ± 5,3)
Problemas y trastornos mentales				
<i>Problemas según SRQ</i>				
< 8 puntos	8.597 (90,2 ± 0,5)	1.165 (89,1 ± 1,2)	994 (89,3 ± 1,3)	281 (88,0 ± 2,2)
> 8 puntos	950 (9,84 ± 0,5)	157 (10,9 ± 1,2)	128 (10,7 ± 1,3)	42 (12,0 ± 2,2)
Sanos	8.072 (88,2 ± 0,5)	1.081 (87,2 ± 1,3)	957 (86,7 ± 1,4)	271 (83,9 ± 2,6)
Cualquier problema mental	733 (7,89 ± 0,5)	119 (8,47 ± 1,1)	114 (10,0 ± 1,3)	40 (11,5 ± 2,1)
<i>Cualquier trastorno mental</i>				
Últimos 12 meses	339 (3,92 ± 0,3)	59 (4,35 ± 0,7)	51 (3,27 ± 0,6)	12 (4,61 ± 1,7)
En toda la vida	809 (9,1 ± 0,56)	112 (9,2 ± 1,74)	113 (7,5 ± 0,96)	24 (6,2 ± 2,1)
<i>Depresión en los últimos 12 meses</i>				
Problema	8.965 (98,1 ± 0,2)	1.229 (97,6 ± 0,6)	1.112 (99,5 ± 0,2)	320 (99,2 ± 0,5)
Trastorno	180 (1,87 ± 0,2)	30 (2,44 ± 0,6)	10 (0,53 ± 0,2)	3 (0,78 ± 0,5)
<i>Ansiedad en los últimos 12 meses</i>				
No	4.285 (48,0 ± 0,8)	556 (45,2 ± 2,0)	550 (51,1 ± 2,2)	146 (47,1 ± 3,8)
Problema	4.694 (49,9 ± 0,8)	670 (52,3 ± 2,0)	534 (46,4 ± 2,1)	167 (48,5 ± 3,8)
Trastorno	166 (2,01 ± 0,2)	33 (2,47 ± 0,5)	38 (2,48 ± 0,5)	10 (4,41 ± 1,7)
Consumo de sustancias				
<i>Consumo de SPA en toda la vida</i>				
Ninguna	5.108 (49,5 ± 0,8)	700 (49,8 ± 2,0)	909 (80,5 ± 1,8)	259 (79,1 ± 3,2)
Cigarrillo	516 (4,83 ± 0,3)	97 (7,86 ± 1,1)	8 (0,73 ± 0,3)	6 (2,71 ± 1,3)
Alcohol	3.438 (39,0 ± 0,8)	451 (35,1 ± 1,9)	178 (16,1 ± 1,8)	48 (15,1 ± 2,7)
Marihuana	297 (4,22 ± 0,4)	42 (3,83 ± 1,1)	19 (2,16 ± 0,6)	6 (2,43 ± 1,4)
Otras	189 (2,45 ± 0,4)	32 (3,40 ± 0,9)	8 (0,52 ± 0,2)	4 (0,62 ± 0,3)
<i>Consumo de SPA en los últimos 12 meses</i>				
Ninguna	312 (6,22 ± 0,5)	40 (6,44 ± 1,5)	10 (5,64 ± 2,0)	4 (12,6 ± 6,5)

Tabla 3 – (continuación)

	Adultos		Adolescentes	
	No	Sí	No	Sí
Cigarrillo	407 (8,70 ± 0,6)	86 (17,5 ± 2,5)	1 (0,74 ± 0,7)	2 (1,92 ± 1,9)
Alcohol	3.085 (80,4 ± 1,0)	392 (72,3 ± 2,9)	153 (85,0 ± 3,5)	43 (74,5 ± 8,6)
Marihuana	82 (2,87 ± 0,7)	12 (2,66 ± 1,1)	11 (6,34 ± 2,6)	5 (11,0 ± 6,8)
Otras	56 (1,84 ± 0,4)	6 (1,10 ± 0,5)	4 (2,27 ± 1,3)	0
AUDIT				
Ninguna	7.920 (80,6 ± 0,7)	1.049 (75,5 ± 1,8)	1.082 (96,7 ± 0,7)	314 (98,1 ± 0,7)
Consumo excesivo	737 (9,37 ± 0,5)	136 (12,3 ± 1,3)	19 (1,81 ± 0,5)	4 (1,24 ± 0,7)
Bebedor en riesgo	849 (9,45 ± 0,4)	131 (11,1 ± 1,3)	20 (1,47 ± 0,5)	5 (0,62 ± 0,3)
Probable dependencia	42 (0,56 ± 0,1)	6 (1,09 ± 0,9)	1 (0,036 ± 0,04)	0

SPA: abuso de sustancias psicoactivas; TEPT: trastorno por estrés postraumático.

Los valores expresan n (%) o n (media ± desviación estándar). Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Consumo de sustancias psicoactivas (SPA) y alcohol

Sin importar la condición de pobreza, se encontró que las sustancias más frecuentemente consumidas por el grupo de adultos son, en orden descendente, alcohol, cigarrillo, canabinoides y otras (cocaína, inhalantes, tranquilizantes); en los adolescentes el ordenamiento se mantuvo, salvo por los canabinoides, que se ubicaron en el segundo lugar (tabla 3).

Al comparar el consumo de SPA entre quienes se encuentran en pobreza y los que no, la proporción de personas que consumen cigarrillo, tanto adultos como adolescentes, fue 2 veces más alta en la población pobre; la proporción de no pobres que indicaron consumir alcohol frente a los pobres fue más alta, y la cantidad de personas que usan marihuana disminuye en los adultos, pero aumenta en los adolescentes, en presencia de pobreza (tabla 3).

Aunque la población se dividió en cuatro categorías para verificar si existe un gradiente entre pobreza y salud mental, solo se muestran los datos entre pobres y no pobres debido a que no se encontraron diferencias al emplear las categorías propuestas.

Discusión

En la ENSM se encontró una pobreza nacional mediante el IPMD del 13,5%, cifra inferior a la presentada por el DANE (21,9%)¹⁷, pero debe tenerse en cuenta que, aunque se emplearon los mismos cuestionario y método de cálculo, el diseño muestral utilizado tuvo como objetivo estimar la prevalencia de problemas y enfermedades mentales en la población colombiana, no evaluar la pobreza, y en consecuencia el valor encontrado no es mejor estimador que el reportado por el DANE.

En cuanto al vínculo entre educación y pobreza, los resultados coinciden con lo reportado en la literatura, a mayor nivel educativo disminuye la proporción de personas en situación de pobreza^{7,18}, y casi llegan a desaparecer en niveles superiores a la secundaria. Sin embargo, no es posible afirmar que una causa la otra porque la relación es bidireccional.

La fuente más frecuente de apoyo en adultos y adolescentes, independiente de la condición de pobreza, fue la familia, pero no hay evidencia para afirmar que la pobreza condiciona el soporte familiar, tanto de quienes dijeron recibir siempre

apoyo de la familia como de quienes señalaron que nunca lo recibían, la proporción fue mayor en la población pobre, y sin importar la edad o la condición de pobreza, es mayor la proporción de personas que afirman recibir ayuda de la familia solo en ocasiones. La evidencia proveniente de estudios realizados en población latina respalda la hipótesis de que sea la familia la fuente más importante de apoyo para afrontar los problemas, pero encuentra que la población pobre recibe menos ayuda y se apoya en buena parte en sus vecinos^{19,20}.

Dentro de la muestra del ENSM, la disfunción familiar, salvo en el caso de la disfunción familiar grave, sí parece tener una relación positiva con la pobreza. Pese a que la gran mayoría de los estudios sobre disfunción familiar que en el último lustro han utilizado la herramienta APGAR, existen pocos estudios que hayan explorado la relación entre pobreza y disfunción familiar; uno de estos tuvo lugar en Perú²¹, y llegó a conclusiones similares.

La percepción de los encuestados de haber sufrido eventos considerados traumáticos se mostró mayor en la población que no se encontraba en condición de pobreza. Debido a que no se indagó por el tipo de eventos considerados traumáticos, no es posible saber si se debe a que la condición de pobreza afecta a la concepción de lo que es traumático y lo que no, o a que los tipos de eventos traumáticos que afectan a cada población sean diferentes, como señalan otros estudios²², en los que la clasificación de los eventos muestra diferentes frecuencias por categoría entre las poblaciones de pobres y no pobres.

Al igual que en estudios desarrollados en otras naciones con conflicto armado²³⁻²⁵, los resultados muestran que el desplazamiento por violencia afecta más a la población en condición de pobreza. Ello puede deberse a que, al igual que la pobreza, los conflictos se recrudecen en las zonas rurales.

Al evaluar el riesgo de TEPT, aunque hubo mayor proporción de individuos adultos en los hogares en estado de pobreza, las diferencias entre ambos grupos no fueron elevadas. Al respecto no hay consenso en la literatura, posiblemente por diferencias entre las poblaciones estudiadas; en algunos estudios, quienes se encontraban por debajo de la línea de pobreza presentaron más riesgo de obtener una prueba positiva para TEPT²⁶ y otros no encontraron diferencias²⁷.

La presencia de problemas de salud mental y los trastornos de ansiedad y depresión, medida en los últimos 12 meses y

durante toda la vida, fue ligeramente más alta en la población pobre. Estos hallazgos son compatibles con los de Caron et al⁷ en la encuesta comunitaria de salud canadiense Salud Mental y Bienestar (CCHS), la cual utilizó como herramienta para evaluar problemas psicológicos la escala de estrés psicológico de Kessler y la presencia de trastornos con el CIDI. En sus resultados, Caron et al. encontraron que los individuos con menores ingresos tenían mayor proporción de estrés y problemas psicológicos (28,5%), así como de trastorno depresivo (6,51%), manía (1,64%), agorafobia (1,3%) y trastorno de pánico (2,13%). Todas estas diferencias fueron estadísticamente significativas.

Cabe aclarar que la población del estudio de Caron et al. únicamente incluyó a sujetos mayores de 15 años. Sin embargo, los estudios sobre población adolescente^{28,29} encontraron que los jóvenes que vivían en los hogares con menores ingresos tenían mayor riesgo de sufrir síntomas afectivos (odds ratio [OR] = 6,24; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 4,05-9,62) y conductuales (OR = 5,43; IC95%, 3,49-8,44).

Al evaluar en el grupo de los adultos el consumo de sustancias ilegales de toda la vida, no pareció que hubiera diferencia entre quienes fueron clasificados en pobreza y los que no, mientras que para el uso de sustancias legales la distancia fue más amplia. Un ejemplo de los estudios que evalúan el consumo de sustancias con conclusiones similares pero mayores distancias para soportarlas se realizó en Argentina³⁰. En ese estudio se encontró el mismo orden de las SPA de mayor consumo, y el alcohol era la sustancia más frecuentemente consumida, sin que se modificara dependiendo del nivel de ingreso mensual del hogar. Además, el autor observó que los hogares con menores ingresos poseían las mayores prevalencias de consumo de sustancias tanto legales como ilegales en la vida y en los últimos 12 meses. Las diferencias en el tamaño del efecto entre los estudios pueden deberse a que el grupo evaluado en Argentina solo incluyó a personas de 18-34 años y a que el consumo de sustancias no se evaluó mediante una herramienta validada.

El análisis sobre el consumo de alcohol mostró que, en la población adulta, aunque la proporción de personas que indicaron consumir alcohol es mayor en la población no pobre, los trastornos asociados al consumo de alcohol fueron ligeramente más prevalentes entre los individuos pobres.

Estos resultados son similares a los de un estudio³¹ finlandés que aplicó el CIDI a una muestra de la población laboralmente activa, que encontró que aquellos con menores ingresos tenían mayor riesgo de trastornos por consumo de alcohol (OR = 1,81; IC95%, 0,83-1,69); aunque este valor no fue estadísticamente significativo, el autor concluye que los bajos ingresos estaban más correlacionados con la presencia de enfermedades mentales, como el abuso de alcohol.

Sin embargo, no todos los estudios han encontrado que los trastornos por consumo de alcohol se encuentren asociados con el estado de pobreza. Sareen et al³², utilizando la información de la encuesta NESARC de Estados Unidos con 34.563 individuos, de los que se obtuvieron los ingresos por hogar, encontraron que los hogares de los cuartiles de menores ingresos tenían menores prevalencias de trastornos por consumo de alcohol que el cuartil más alto (0-25%, 28%; 25-50%, 31,5%; 50-75%, 36,2%; 75-100%, 39,6%).

Como se observa en los resultados, varios hallazgos de nuestro estudio se contraponen con los de otros países,

probablemente por la medida de pobreza que utilizamos, la cual no se limita únicamente a los ingresos, sino que tienen en cuenta una gran parte de los determinantes de la condición de ser pobre. En la revisión sistemática realizada por Lund et al³³, se centraron principalmente en la relación entre pobreza y enfermedades mentales en países de bajos y medianos ingresos, incluyendo distintos indicadores de pobreza como educación, empleo, estado de la vivienda y seguridad alimentaria, entre otros. El autor encontró 115 estudios que exploraron dicha relación, con la mayor proporción de artículos encontrando una relación positiva entre los indicadores de pobreza y enfermedad mental, incluso después de dividir los estudios según se fueran poblacionales, clínicos, hospitalarios, etc. Al finalizar los autores concluyen que se debería replantear la pregunta de si hay relación entre pobreza y salud mental y modificarla por cuál de los indicadores de pobreza (educación, empleo, condición de vivienda, ingresos) genera mayor impacto en las enfermedades mentales.

Conclusiones

Dados los datos de la ENSM, en general, distancias entre la población pobre y la que no lo es con relación a la existencia de problemas y enfermedades mentales no son grandes, pero las conclusiones son similares a las de estudios en otras poblaciones y constituyen evidencia de que sí puede haber relación entre no acceder de manera suficiente a la canasta de bienes básica y las afecciones mentales en la población colombiana. No obstante, no parece que hay asociación entre la exacerbación de la pobreza y el mayor deterioro de la salud mental.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio fue financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental "ENSM"; contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

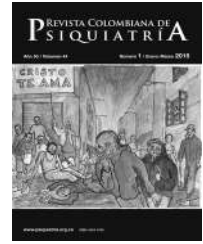
Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con este estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio, en especial a Jorge Caro por la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- Organización de las Naciones Unidas (ONU). Objetivos de Desarrollo del Milenio Informe de 2014. New York: ONU; 2014.
- Organización Mundial de la Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 [Internet]. Ginebra, Suiza; 2013 [citado 16 Oct 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf.
- Allen J, Marmot M, World Health Organization, Fundação Calouste Gulbenkian. Social determinants of mental health [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 19 Oct 2015]. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112828/1/9789241506809_eng.pdf?ua=1.
- Saraceno B, Barbui C. Poverty and mental illness. *Can J Psychiatry Rev Can Psychiatr*. 1997;42:285-90.
- 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;378:1502-14.
- 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;382:1575-86.
- 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;30:84-94.
- 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;13:93-121.
- 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. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social-COLCIENCIAS; 2013.
- Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2000;39:28-38.
- Bellón Saameño J, Delgado Sánchez A, Luna del Castillo JD, Lardelli Claret P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar APGAR-familiar. *Aten Primaria*. 1996;18:289-96.
- Bourgygnon F, Chakrabarti S. The measurement of multidimensional poverty. *J Econ Inequality*. 2003;1:24-49.
- Departamento Administrativo y nacional de Estadística (DANE). Pobreza Monetaria y Multidimensional 2013. Bogotá: DANE; 2014. p. 28.
- 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: DNP-DANE; 2012.
- Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series. 2013.
- Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 22 Oct 2015]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf.
- Departamento Administrativo y Nacional de Estadística (DANE). Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014 [Internet]. Bogotá: DANE; 2015 [citado 23 Oct 2015]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14_.pdf.
- Byck GR, Bolland J, Dick D, Ashbeck AW, Mustanski BS. Prevalence of mental health disorders among low-income African American adolescents. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2013;48:1555-67.
- Palomar Lever J, Cienfuegos Martínez YI. Pobreza y apoyo social: un estudio comparativo en tres niveles socioeconómicos. *Interam J Psychol*. 2007;41:177-88.
- Interlenghi GDS, Salles-Costa R. Inverse association between social support and household food insecurity in a metropolitan area of Rio de Janeiro, Brazil. *Public Health Nutr*. 2015;18:2925-33.
- Cuba M, Jurado A, Romero Z, Cuba M. Características familiares asociadas a la percepción de la calidad de vida en pobladores de un área urbano-marginal en el Distrito de Los Olivos, Lima. *Rev Medica Hered*. 2013;24:12-6.
- Palomar Lever J. Poverty, stressful life events, and coping strategies. *Span J Psychol*. 2008;11:228-49.
- Karunakara UK, Neuner F, Schauer M, Singh K, Hill K, Elbert T, et al. Traumatic events and symptoms of post-traumatic stress disorder amongst Sudanese nationals, refugees and Ugandans in the West Nile. *Afr Health Sci*. 2004;4:83-93.
- Siriwardhana C, Adikari A, Pannala G, Siribaddana S, Abas M, Sumathipala A, et al. Prolonged internal displacement and common mental disorders in Sri Lanka: the COMRAID study. *PloS One*. 2013;8:e64742.
- Sabin M, Lopes Cardozo B, Nackerud L, Kaiser R, Varese L. Factors associated with poor mental health among Guatemalan refugees living in Mexico 20 years after civil conflict. *JAMA*. 2003;290:635-42.
- Parto JA, Evans MK, Zonderman AB. Symptoms of posttraumatic stress disorder among urban residents. *J Nerv Ment Dis*. 2011;199:436-9.
- 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;52:815-30, e14.
- Melchior M, Chastang J-F, Walburg V, Arseneault L, Galéra C, Fombonne E. Family income and youths' symptoms of depression and anxiety: a longitudinal study of the French GAZEL Youth cohort. *Depress Anxiety*. 2010;27:1095-103.
- Najman JM, Hayatbakhsh MR, Clavarino A, Bor W, O'Callaghan MJ, Williams GM. Family poverty over the early life course and recurrent adolescent and young adult anxiety and depression: a longitudinal study. *Am J Public Health*. 2010;100:1719-23.
- Abeldaño RA, Fernández AR, Ventura CAA, Estario JC. Consumo de sustancias psicoactivas en dos regiones argentinas y su relación con indicadores de pobreza. *Cad Saúde Pública*. 2013;29:899-908.
- Pulkki-Råback L, Ahola K, Elovainio M, Kivimäki M, Hintsanen M, Isometsä E, et al. Socio-economic position and mental disorders in a working-age Finnish population: the health 2000 study. *Eur J Public Health*. 2012;22:327-32.
- Sareen J, Afifi TO, McMillan KA, Asmundson GJG. Relationship between household income and mental disorders: findings from a population-based longitudinal study. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68:419-27.
- Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71:517-28.



Artículo original

Prevalencia y factores asociados a trastornos mentales en la población de niños colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015



Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,*}, Javier Aulí^b, Nathalie Tamayo Martínez^a, Fabián Gil^a, Daniel Garzón^b y Germán Casas^b

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 28 de noviembre de 2015

Aceptado el 29 de junio de 2016

On-line el 21 de agosto de 2016

Palabras clave:

Trastornos mentales

Salud mental

Niños

Adolescentes

Psiquiatría infantil

RESUMEN

Introducción: La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 busca profundizar en la realidad de la situación mental de los menores de edad de Colombia, teniendo en cuenta la carga de enfermedad que representan y que algunos trastornos mentales del adulto tienen su origen en la niñez o en la adolescencia, lo cual exige un mayor conocimiento del problema para diseñar intervenciones oportunas y disminuir las complicaciones a largo plazo.

Objetivo: Determinar la prevalencia y los factores asociados de los trastornos en los últimos 30 días y los últimos 12 meses.

Métodos: Se aplicó la entrevista estructurada *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC-P), que provee diagnósticos del DSM-IV a los cuidadores de niños no institucionalizados de 7-11 años. Se evaluaron los siguientes trastornos: depresión mayor, distimia, ansiedad generalizada, ansiedad de separación, déficit de atención e hiperactividad en sus tres presentaciones (mixto, inatento e hiperactivo), negativista desafiante y de conducta. El instrumento fue asistido por computador.

Resultados: Se presentan las prevalencias de los trastornos tanto en los últimos 30 días como en los últimos 12 meses. En general se observa una prevalencia de cualquiera de los trastornos medidos del 3% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 2,2%-4,0%) en los últimos 30 días y del 4,7% (IC95%, 3,6%-6,2%) en los últimos 12 meses. Son más frecuentes en las mujeres. El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es el más frecuente (el 2,3 y el 3,0%). Además, los trastornos de la conducta de inicio habitual en la infancia son los más frecuentes en este grupo etario, con prevalencias del 2,5% en los últimos 30 días y el 3,2% en el último año. Se presentan factores de riesgo asociados.

Conclusiones: La ENSM de 2015 provee una información sobre la realidad de la situación mental de los niños de 7-11 años de Colombia que permitirá diseñar estrategias de prevención, diagnóstico y tratamiento más apropiados y precisos.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez.restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.010>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Prevalence and Associated Factors of Mental Disorders in Colombian Child Population, the 2015 National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:
Mental disorders
Mental health
Child
Adolescent
Child psychiatry

Introduction: The 2015 National Mental Health Survey aimed to expand our knowledge about the real mental state of children in Colombia, taking into account the fact that most mental disorders in adults begin during childhood or adolescence. It is essential to have an improved knowledge of the magnitude of this issue and to design timely interventions that reduce long term complications.

Objective: The aim of the study was to determine the prevalence of the disorders in the last 12 months and 30 days according to the DSM-IV, as well as to collect data about social and demographic variables.

Methods: The structured Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC-P), which provides DSM-IV diagnoses, was applied to carers of non-institutionalised children between 7 and 11 years old. The disorders evaluated included: major depressive disorder, dysthymia, generalised anxiety disorder, separation anxiety disorder, attention deficit hyperactivity disorder in its three kinds (mixed, inattentive, and hyperactive), oppositional defiant disorder, and conduct disorder. The instrumentation was computer-assisted.

Results: Prevalences of the disorders are present both in the last 30 days and in the last 12 months. In general, there is a prevalence of any of the disorders of 3% (95% CI, 2.2-4.0) in the last 30 days, and 4.7% (95% CI, 3.6-6.2) in the last 12 months. When evaluated individually, attention deficit hyperactivity disorder is the most frequent disorder, with a prevalence of 2.3% and 3.0% in the last 30 days and the last 12 months, respectively. In addition, the disorders that are known to frequently begin during childhood are the most common disorders in the age group studied, with a prevalence of 2.5% in the last 30 days and 3.2% in the last year.

Conclusions: The 2015 National Mental Health Survey provides precise information about the real mental situation in children between the ages of 7 and 11 years in Colombia, compared with past epidemiological studies in the country, which were restricted to specific populations. By improving the reliability on knowledge about mental disorders in children, it will be possible to design more appropriate and precise strategies for prevention, diagnosis, and treatment.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

El bienestar y el adecuado desarrollo de los niños dependen, entre otros factores, de entornos suficientes y necesarios que favorezcan su proceso de adquisiciones cognoscitivas, afectivas y relacionales que permitan un acceso a la edad adulta aprovechando sus talentos y potenciales garantizando un espacio en el cual la personalidad se forme de manera sana. Los trastornos mentales y las situaciones de discapacidad inciden de manera importante en el desarrollo de esas capacidades. A los niños que los padecen se les debe dar la oportunidad de acceder a entornos favorables reduciendo sus factores de riesgo y garantizando el derecho a su desarrollo y su bienestar. Para tal fin, se hace necesario conocer la prevalencia de esos trastornos, la caracterización y el conocimiento sobre ellos de manera que este sirva de insumo para la formulación de intervenciones y políticas públicas. Esto se hace a través de estudios poblacionales de carácter nacional^{1,2}.

Hay que tener en cuenta que las condiciones neuropsiquiátricas son la primera causa de años vividos con discapacidad

en la población de 10 a 24 años (el 45% de este grupo) y que el consumo de alcohol es el principal factor de riesgo de años de vida ajustados por discapacidad³. Esto se puede relacionar con la evidencia de que los niños con algún trastorno mental tienen entre 6 y 9 veces más riesgo de desenlaces desfavorables en la adolescencia y la edad adulta, tales como desescolarización, paternidad indeseada, falta de apoyo social, inestabilidad en las relaciones, dificultad para mantener un empleo o problemas legales⁴. Podemos pensar entonces que se debe estudiar en detalle la situación en la niñez, y describir sus alteraciones y riesgos se convierte en un elemento invaluable en términos preventivos y una oportunidad para intervenciones oportunas en términos de salud pública.

A pesar de las diferencias metodológicas entre los estudios poblacionales en las franjas etarias de 4-17 años que se han publicado, se encuentra que alrededor de 1 de cada 3-4 niños y adolescentes sufre algún trastorno mental a lo largo de la vida según el DSM-IV⁵ y 1 de cada 10 niños presenta serias alteraciones emocionales⁶. Además, a los 12 meses de seguimiento, 1 de cada 8 niños presenta un trastorno mental según los criterios del DSM-IV, lo cual corresponde

a una prevalencia del 12-13,4% de los niños de 8-15 años^{7,8}. Asimismo el 14% de los niños de esa edad que tienen al menos un trastorno mental también tienen comorbilidad con otros diagnósticos psiquiátricos, lo cual corresponde a una prevalencia total de comorbilidad del 1,8%⁸.

Los trastornos mentales más frecuentes de la niñez y la adolescencia son los trastornos de ansiedad, seguidos por los trastornos de conducta, los trastornos afectivos y el consumo de sustancias psicoactivas^{5,8}. Sin embargo, por diagnóstico individual, el trastorno por déficit de atención es el más frecuente, seguido del trastorno oposicionista desafiante, ansiedad de separación y trastorno depresivo⁹. Las niñas suelen tener mayor prevalencia de trastornos de ansiedad y afectivos, mientras que en los niños son más prevalentes los trastornos de conducta; asimismo la prevalencia de los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas es similar entre varones y mujeres⁵. En cuanto a trastornos específicos, las prevalencias de los trastornos depresivos en la vida varían entre el 0,2 y el 3,4%; de distimia, del 0,04 al 1,0%; de ansiedad por separación, del 1,1 al 9%; del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), del 1,6 al 15,9; de trastorno negativista desafiante, del 2,8 al 8,6%, y del trastorno de conducta, del 0,6 al 3%¹⁰⁻¹⁷. Además, hay que tener en cuenta que es frecuente la comorbilidad con otros trastornos o que unos predispongan a la aparición de otros. En este sentido, se considera al trastorno depresivo como factor de riesgo del consumo de sustancias psicoactivas, mal desempeño escolar y desenvolvimiento social inadecuado¹⁸⁻²⁰; el trastorno de ansiedad generalizada es un factor de riesgo de diferentes trastornos de ansiedad o afectivos en la adolescencia y la edad adulta, así como de enfermedades psicosomáticas y dificultades escolares y relacionales²¹; es frecuente encontrar TDAH en relación con los trastornos de conducta, del aprendizaje, depresivos y de ansiedad, del lenguaje y del espectro autista, la epilepsia, el síndrome de Gilles de la Tourette y el trastorno obsesivo-compulsivo, entre otros^{22,23}.

En los niños y adolescentes, los factores de riesgo de trastorno mental pueden ser individuales, familiares, parentales y sociales. Entre los factores individuales están el sexo, la edad, su origen étnico, la salud física, el funcionamiento cognoscitivo y psicológico, las exposiciones prenatales y perinatales a enfermedades, maltrato o abuso físico, el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas y el estado nutricional. Entre los factores familiares y parentales, se encuentran la educación de los padres, la edad, el estatus socioeconómico, el empleo, el estado civil de los padres, la historia de trastornos psiquiátricos, el antecedente de maltrato en la infancia, los problemas del funcionamiento y la estructura familiar^{6,24-26}. La edad de inicio de los trastornos de ansiedad y el TDAH es en los primeros años de la edad escolar, mientras que los trastornos de conducta por lo general se inician en la adolescencia temprana (12-15 años) y los trastornos afectivos, al inicio de la adolescencia tardía¹⁷.

En cuanto al tratamiento, existen barreras para reconocer y tratar este tipo de condiciones, como que los cuidadores y los profesionales de la salud no los reconozcan y la estigmatización de quienes las padecen, además de barreras físicas que dificultan su atención precoz²⁷⁻²⁹. El tratamiento de los trastornos mentales de niños y adolescentes es más frecuente cuando producen mayor malestar a los niños y su entorno.

Los trastornos de conducta y el TDAH son los que cuentan con mayor frecuencia de intervenciones terapéuticas, el 46,4 y el 47,7% respectivamente, mientras que entre los trastornos con menor prevalencia de tratamiento se encuentran los de ansiedad, como el trastorno de ansiedad generalizada y el trastorno de pánico (32,2%). Además, los niños con diagnósticos mentales reciben tratamiento más frecuentemente que las niñas, y son más frecuentes las intervenciones en los niños mayores (12-15 años) que en los menores (8-11 años)^{5,17}.

Conocer de primera mano las prevalencias de estos trastornos en nuestro país es a la vez una necesidad para la formulación de políticas preventivas y asistenciales y un deber con los niños que las padecen y sus familias. El presente trabajo describe algunas de las más prevalentes enfermedades mentales en la población colombiana de 7-11 años de edad y estima la prevalencia en los últimos 30 días y los últimos 12 meses.

Métodos

Es un estudio observacional de corte transversal y ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La población de referencia es la población de 7-11 años no institucionalizada; la muestra es de tipo probabilístico, estratificada por sexo y las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá); la descripción detallada de la metodología se explica en un artículo destinado a ello y disponible en la página *web* del Ministerio de Salud y Protección Social.

Para la población de 7-11 años, se entrevista al cuidador del niño seleccionado (por lo general, la madre o el padre) para realizar la entrevista DISC-IV-P (3.0.1) asistida por computador, que evalúa los trastornos seleccionados durante los últimos 30 días y los últimos 12 meses. Los trastornos medidos son el depresivo mayor, distimia, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de ansiedad por separación, TDAH, trastorno negativista desafiante y trastorno de conducta. También se midieron variables sociodemográficas, otros problemas, factores asociados y comorbilidades.

Para el análisis, los datos fueron ponderados teniendo en cuenta la estimación de las varianzas en encuestas complejas; se presentan las prevalencias expresadas en valores absolutos y porcentajes con sus intervalos de confianza del 95% (IC95%). La asociación de trastornos mentales se evaluó con modelo de regresión logística en el que se incluyeron para el análisis sexo, escolarización, nivel educativo de la madre, nivel educativo del padre, composición familiar, número de hermanos, número de personas en el hogar, trastorno mental de alguno de los padres, consumo de alcohol de alguno de los padres, consumo de sustancias de alguno de los padres, ideación suicida de alguno de los padres, edad de la madre, problemas de aprendizaje, desplazamiento por la violencia, vivencia de algún evento traumático, ubicación geográfica, región del país, pobreza del hogar y por lo menos una condición crónica. Se determinaron las variables que se incluirían en el modelo multivariable mediante técnicas automáticas de selección de variables (eliminación por *stepwise backward*).

Tabla 1 – Prevalencia de trastornos mentales en niños en los últimos 30 días según sexo

Trastornos mentales	Varones		Mujeres		Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<i>Trastornos del afecto</i>	0,04*	0,0-0,2	+	+++	0,04*	0,0-0,2
Depresión mayor	0,04*	0,0-0,2	+	+++	0,04*	0,0-0,2
Distimia	+	+++	+	+++	+	+++
<i>Trastornos de ansiedad</i>	1,1	0,6-1,9	0,9*	0,5-1,6	1,0	0,7-1,5
Ansiedad por separación	0,9	0,5-1,7	0,6*	0,3-1,2	0,7	0,5-1,2
Ansiedad generalizada en el último mes	0,5*	0,2-1,3	0,3*	0,1-0,7	0,4	0,2-0,8
<i>Trastorno de la conducta</i>	0,4*	0,1-1,7	+	+++	0,2*	0,1-0,9
Trastorno negativista desafiante	0,5*	0,2-1,2	0,3*	0,1-0,8	0,4*	0,2-0,8
TDAH cualquier tipo	2,1	1,3-3,6	2,4*	1,4-4,2	2,3	1,5-3,4
TDAH tipo inatento	0,7*	0,2-2,6	0,9*	0,2-3,1	0,8*	0,3-2,0
TDAH tipo hiperactivo	1,2	0,8-2,0	1,4*	0,8-2,4	1,3	0,9-1,9
TDAH tipo combinado	0,2*	0,1-0,7	0,1*	0,0-0,6	0,2*	0,1-0,5
<i>Trastornos de inicio habitual en la infancia</i>	2,4	1,4-4,0	2,7*	1,6-4,5	2,5	1,7-3,7
<i>Cualquier trastorno</i>	2,7	1,8-4,0	3,2*	2,1-5,1	3,0	2,2-4,0
<i>Comorbilidad</i>						
Solo un trastorno en los últimos 30 días (cualquier tipo)	59,1	39,5-76,2	94,4	83,7-98,2	78,6	65,5-87,6
Solo un trastorno en los últimos 30 días (cualquier tipo)	40,9	23,8-60,5	5,6*	1,8-16,3	21,4	12,4-34,5

CV: coeficiente de variación; IC95%: intervalo de confianza del 95%; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

+: las estimaciones corresponden a casos en los que no se encontró frecuencia alguna (distimia).

* Aunque se reportan las frecuencias y los IC95%, se debe evaluar la pertinencia de usar estas cifras, dado el tan alto CV. Esta estimación del evento, por lo tanto, no es lo suficientemente confiable.

Resultados

Los resultados son representativos de la población infantil colombiana entre 7 y 11 años. En general, los hallazgos con coeficientes de variación (CV) < 16,6% se consideran confiables

desde el punto de vista estadístico, los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser evaluados con precaución y los que resultan mayores se consideran imprecisos³⁰. En este reporte se presentan los resultados con CV < 33,3%, pero de las prevalencias de los trastornos en los últimos 12 meses y los últimos 30 días (tablas 1 y 2) se presentan todas las

Tabla 2 – Prevalencia de trastornos mentales en niños en los últimos 12 meses según sexo

Trastornos mentales	Varones		Mujeres		Total	
	%	IC95%	%	IC95%	%	IC95%
<i>Trastornos del afecto</i>	0,2*	0,1-0,5	0,01*	0,0-0,1	0,1*	0,0-0,3
Depresión mayor	0,2*	0,1-0,5	0,01*	0,0-0,1	0,1*	0,0-0,3
Distimia	+	+++	+	+++	+	+++
<i>Trastornos de ansiedad</i>	1,6	1,0-2,6	2,3*	1,1-4,8	2,0	1,2-3,2
Ansiedad de separación	1,6	1,0-2,5	2,0*	0,9-4,6	1,8	1,1-3,0
Ansiedad generalizada en el último mes	0,5*	0,2-1,3	0,3*	0,1-0,7	0,4	0,2-0,8
<i>Trastorno de la conducta</i>	0,4*	0,1-1,7	+	+++	0,2*	0,1-0,9
Trastorno negativista desafiante	0,6*	0,3-1,3	0,3*	0,1-0,8	0,4	0,2-0,8
TDAH cualquier tipo	2,6	1,6-4,2	3,3	2,1-5,2	3,0	2,1-4,1
TDAH tipo inatento	0,7*	0,2-2,6	1,4*	0,6-3,4	1,1*	0,5-2,2
TDAH tipo hiperactivo	1,6	1,0-2,7	1,8	1,1-2,9	1,7	1,2-2,4
TDAH tipo combinado	0,3*	0,1-0,8	0,2*	0,1-0,6	0,3*	0,1-0,5
<i>Trastornos de inicio habitual en la infancia</i>	2,9	1,8-4,6	3,6	2,3-5,5	3,2	2,4-4,4
<i>Cualquier trastorno</i>	3,8	2,8-5,3	5,6	3,7-8,3	4,7	3,6-6,2
<i>Comorbilidad</i>						
Solo un trastorno en los últimos 12 meses (cualquiera)	68,4	51,7-81,3	95,2	88,2-98,1	84,4	75,1-90,7
Dos o más trastornos en los últimos 12 meses (cualquier tipo)	31,6	18,7-48,3	4,8*	1,9-11,8	15,6*	9,3-24,9

CV: coeficiente de variación; IC95%: intervalo de confianza del 95%; TDAH: trastorno por déficit de atención e hiperactividad.

+: las estimaciones corresponden a casos en los que no se encontró frecuencia alguna (distimia).

* Aunque se reportan las frecuencias y los IC95%, se debe evaluar la pertinencia de usar estas cifras, dado el tan alto CV. Esta estimación del evento, por lo tanto, no es lo suficientemente confiable.

Tabla 3 – Características de la población encuestada

Población, n	2.727
Sexo	
Varones	1.419 (52)
Mujeres	1.308 (48)
Escolarizados	
Sí	2.663 (97,7)
No	64 (2,3)
Vive con:	
Ambos padres	1.375 (58,9)
Familia reconstruida	381 (16,3)
Padre o madre solteros	578 (24,8)
Ubicación geográfica	
Urbana	2026 (74,3)
Rural	701 (25,7)

estimaciones y se indica cuáles tienen un $CV \geq 33,3\%$ que, por lo tanto, deben ser interpretados con precaución.

Se entrevistaron 13.200 hogares para obtener toda la muestra del estudio. El 13,5% se encuentra en condición de pobreza según el Índice Multidimensional de Pobreza. En estos hogares se encuestó a 2.727 cuidadores de niños de 7–11 años: el 16,3% de la muestra en la región Central, el 24,5% en la Atlántica, el 15,3% en Bogotá, el 26,5% en la Oriental y el 17,4% en la Pacífica. Las características de la población se describen en la tabla 3.

Prevalencia de los trastornos mentales en niños colombianos en los últimos 30 días

Se observa una prevalencia de cualquiera de los trastornos medidos en los últimos 30 días del 3% en la población de niños de 7–11 años; el 78,6% de ellos tuvieron un solo diagnóstico, mientras que el 21,4% tuvo más de uno. Las prevalencias de cada trastorno se presentan en la tabla 1.

Según la condición de pobreza, tiende a ser mayor la prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 30 días evaluados en los niños de hogares en situación de pobreza, donde la prevalencia es del 3,7% (IC95%, 2,2-6); entre los niños de familias que no se encuentran en situación de pobreza la prevalencia es del 2,6% (IC95%, 1,8-3,7). Respecto a la ubicación del hogar, también parece ser mayor la prevalencia de trastornos mentales en los niños que residen en áreas urbanas (3,3%; IC95%, 2,3-4,6) que entre los que habitan en el área rural (2,2%; IC95%, 1,1-4,0).

Prevalencia de trastornos mentales en niños colombianos en los últimos 12 meses

Se observa una prevalencia de cualquiera de los trastornos medidos del 4,7% de la población de 7–11 años en los últimos 12 meses; el 84,4% de ellos tuvieron un solo diagnóstico, mientras que el 15,6% tuvo más de uno. Las prevalencias de cada trastorno se presentan en la tabla 2.

Según la condición de pobreza, tiende a ser mayor la prevalencia de los trastornos mentales en los últimos 12 meses evaluados en los niños de familias en situación de pobreza (5,8%; IC95%, 3,5-9,3) que en los de familias que no se encuentran en esa situación (4,1%; IC95%, 3,1-5,5). De manera similar

a la prevalencia a los 30 días, es mayor la frecuencia de trastornos mentales en niños que residen en áreas urbanas (5,5%; IC95%, 4,0-7,4) que en los que habitan el área rural (2,6%; IC95%, 1,5-4,6).

Diferentes factores se han asociado a la presencia de trastornos mentales en niños. En el análisis bivariable de este estudio se encuentra que la escolarización del niño, el nivel educativo del padre, el número de hermanos, la región del país y el área donde viven, la historia parental de psicopatología o consumo de alcohol problemático, la conducta suicida de alguno de los padres, la exposición a eventos traumáticos y la presencia de condiciones crónicas o trastorno del aprendizaje se relacionan con una mayor prevalencia de cualquiera de los trastornos medidos (tabla 4).

En el análisis multivariable, las variables que siguen siendo significativas para la presencia de cualquiera de los trastornos mentales medidos son el nivel educativo del padre, la región del país, la escolarización del niño, la pobreza, los eventos traumáticos y las condiciones crónicas (tabla 5).

Discusión

Como es común en estudios sobre población infantil y adolescente, las prevalencias de trastornos mentales muestran una gran variabilidad según las metodologías aplicadas, los instrumentos de medición y las franjas de edad, entre otros^{5,8,9}.

Los datos epidemiológicos hasta el año 2005 indicaban una prevalencia del 20% de trastornos mentales en niños y adolescentes, y un 4-6% de ellos requerían atención médica. Según un metanálisis de 2015 que incluye 41 estudios de 27 países, se estima que la prevalencia de los trastornos mentales en niños y adolescentes es de alrededor del 3,4%⁸. Sin embargo, al comparar los estudios realizados en diferentes países, los resultados son heterogéneos, posiblemente por las diferencias culturales de cada país y los instrumentos utilizados para la evaluación de los trastornos en la población infantil. En nuestro país, hasta la ENSM 2015, se había excluido de las grandes encuestas epidemiológicas la identificación de los trastornos mentales, aunque se han realizado algunos estudios particulares sobre enfermedades específicas. La prevalencia general de los trastornos mentales en niños y adolescentes es superior a la encontrada en el ENSM 2015, la cual es del 3,0% de los niños de 7–11 años en los últimos 30 días y del 4,7% en el último año.

La prevalencia general de los trastornos depresivos es de alrededor del 2,6%. Entre los estudios que han evaluado la prevalencia puntual del trastorno depresivo mayor en niños, se han encontrado valores entre el 0,6 y el 3%⁸. Este resultado es superior al encontrado en el ENSM 2015, teniendo en cuenta que la prevalencia de cualquier trastorno depresivo es del 0,04% en los últimos 30 días y del 0,1% en el último año. Esta prevalencia es inferior a la encontrada en algunos estudios llevados a cabo en el país. Por ejemplo, en Antioquia y en Huila, se realizaron estudios con el instrumento CDI (*Child Depressive Inventory*), y encontraron prevalencias de síntomas depresivos entre el 17,1 y el 21,7% de los niños de 8–11 años^{31,32}. Según nuestro hallazgo, se marca una diferencia entre la evaluación de un problema clínico relacionado con la medición de síntomas de dicha entidad afectiva: al evaluar exclusivamente

Tabla 4 – Factores asociados a los trastornos mentales medidos en la población infantil

Variable	Cualquier trastorno, %		OR	IC95%
	No (95,3%)	Sí (4,7%)		
Sexo				
Varones	49,9	40,2	1,0	
Mujeres	50,1	59,8	1,5	0,9-2,6
Escolarizado*				
Sí	98,4	100,0	1,0	
No	1,6	0,0	0,02	0,0-0,2
Nivel educativo de la madre				
Ninguno o primaria completa	31,3	26,1	1,0	
Secundaria	52,5	49,8	1,1	0,6-2,1
Técnico o tecnólogo	9,3	8,7	1,1	0,5-2,6
Universitario	6,9	15,5	2,7	0,9-7,5
Nivel educativo del padre*				
Ninguno o primaria completa	42,2	25,8	1,0	
Secundaria	44,0	43,7	1,6	0,9-2,9
Técnico o tecnólogo	4,8	6,1	2,1	0,8-5,4
Universitario	9,0	24,4	4,5	1,5-13,0
Familia				
Ambos padres	57,8	52,1	1,0	
Hogar reconstruido	16,9	17,5	1,2	0,5-2,5
Padre o madre solteros	25,3	30,4	1,3	0,7-2,6
Hermanos*				
Ninguno	20,8	39,3	2,8	1,03-7,4
1-3	65,4	51,2	1,1	0,5-2,5
4 o más	13,8	9,5	1,0	
Personas en el hogar				
1-5	74,4	67,3	1,0	
6 o más	25,6	32,7	1,4	0,7-2,8
Trastorno mental de alguno de los padres*				
Sí	86,8	71,4	2,6	1,1-6,2
No	13,2	28,6	1,0	
Problemas de alcohol de alguno de los padres*				
Sí	90,4	85,5	1,6	0,7-3,6
No	9,6	14,5	1,0	
Consumo de sustancias de los padres				
Sí	70,6	72,3	0,9	0,5-1,9
No	29,4	27,7	1,0	
Conducta suicida de alguno de los padres*				
Sí	96,0	89,2	2,9	1,2-7,0
No	4,0	10,9	1,0	
Edad de la madre				
< 25 años	3,1	2,6	0,9	0,2-3,5
25-35 años	53,3	47,9	1,0	
≥ 36 años	43,7	49,5	1,3	0,7-2,3
Problema de aprendizaje*				
Sí	2,2	8,2	4,1	1,6-10,4
No	97,9	91,8	1,0	
Desplazamiento por violencia				
Sí	3,6	6,1	1,8	0,7-4,3
No	96,5	93,9	1,0	
Eventos traumáticos*				
Ninguno	90,1	68,5	1,0	
1 o más	9,9	31,5	4,2	2,3-7,8
Ubicación*				
Urbana	72,7	85,1	2,2	1,1-4,2
Rural	27,3	14,9	1,0	

Tabla 4 – (Continuación)

Variable	Cualquier trastorno, %		OR	IC95%
	No (95,3%)	Sí (4,7%)		
Región*				
Atlántica	25,3	10,1	1,0	
Central	23,4	35,7	3,8	1,6-9,0
Bogotá	13,6	14,4	2,7	0,9-8,1
Oriental	20,9	20,1	2,4	1,0-5,9
Pacífica	16,8	19,6	2,9	1,3-6,6
Pobreza				
No	80,7	81,5	1,0	
Sí	19,3	18,5	1,0	0,5-1,8
Eventos traumáticos*				
No	99,4	94,7	1,0	
Sí	0,6	5,3	9,4	3,3-27,1
Condiciones crónicas*				
Ninguna	87,4	56,2	1,0	
Al menos 1	12,6	43,8	5,4	2,9-10,1

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

* $p < 0,05$.

Tabla 5 – Modelo multivariable de los factores asociados a trastornos mentales

Variable	ORa	IC95%
Nivel educativo del padre*		
Ninguno o primaria completa	1,0	
Secundaria	2,0	1,1-3,7
Técnico o tecnólogo	2,7	1,0-7,3
Universitario	5,5	1,9-16,6
Región*		
Atlántica	1,0	
Central	3,6	1,4-8,9
Bogotá	1,5	0,5-4,8
Oriental	1,3	0,5-3,4
Pacífica	2,2	0,8-6,0
Escolarizado*		
Sí	1,0	
No	0,0	0,0-0,2
Eventos traumáticos*		
No	1,0	
Sí	3,1	1,6-6,1
Pobreza*		
No	1,0	
Sí	2,2	1,1-4,6
Condiciones crónicas*		
Ninguna	1,0	
Al menos 1	4,5	2,4-8,5

IC95%: intervalo de confianza del 95%; ORa: odds ratio ajustada.

* $p < 0,05$.

síntomas, se puede exagerar la gravedad de una enfermedad mayor. Al evaluar a población infantil a través de sus inmediatos cuidadores, estos podrían medir con más certeza los síntomas y marcarlos de manera positiva si la intensidad que ellos perciben en el menor así lo amerita, mientras que un niño podría marcar «sí» a una respuesta de un síntoma cuando

puede ser una manifestación leve. De todas maneras, consideramos que esta cifra se acerca más a la realidad de lo que se observa en la práctica clínica cotidiana, en la que se tiende a asistir a niños con trastornos.

Entre las limitaciones del estudio, por dificultades en el trabajo de campo de la encuesta y los costos que ello conlleva, está que se desarrolló únicamente con los cuidadores, y no con profesores o niños. Esta situación puede originar que el cuidador o responsable del menor pueda restar importancia a algunos síntomas por el deseo de cuidar a su protegido y provea algún sesgo de información. No obstante, ya que este es el primer estudio que evalúa trastornos mentales en población infantil en Colombia, sus resultados proveen una línea de base que permite pensar en acciones de promoción y prevención para este grupo de población. Las prevalencias encontradas son en algunos casos más altas y en otras, comparables; estos resultados podrían deberse a diferencias poblacionales, culturales o metodológicas, lo cual es difícil de determinar con el estudio.

La distimia tiene una prevalencia general menor que el trastorno depresivo mayor, pero los síntomas depresivos subsindrómicos y los trastornos depresivos menores han mostrado prevalencias más altas en niños, adolescentes y adultos jóvenes que el trastorno depresivo mayor. Esto es similar a los hallazgos de la ENSM 2015, ya que para la distimia no se encontraron frecuencias en las mediciones en los últimos 30 días y los últimos 12 meses.

Los trastornos de ansiedad son los más frecuente en niños y adolescentes, con una prevalencia general del 8% (2%-24%)⁷. En la ENSM 2015 los trastornos de ansiedad medidos en niños tienen una prevalencia del 1% (IC95%, 0,7-1,5) en los últimos 30 días y del 2% (IC95%, 1,2-3,2) en el último año, prevalencias que son menores que las encontradas en estudios epidemiológicos, puesto que se estudió un menor número de enfermedades en general (el 0,4% en Brasil, 1999; el 3,8% en Chile, 2007-2009; el 2,2% en Puerto Rico, 2002; el 9% en Irán,

2013; el 0,6% en Reino Unido, 1999, y el 0,2% en Reino Unido, 2004). En la ENSM 2015, se encuentra en las niñas mayor prevalencia de cualquier trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses que en los niños (el 2,3 frente al 1,6%), algo que podría explicarse porque el ENSM estudió población general y no solamente población escolarizada. En general, los hallazgos sobre los trastornos de ansiedad y los trastornos del comportamiento se ven afectados por factores que se debe tener en cuenta en este país: en Colombia hay una situación socioeconómica compleja que incluye pobreza, desplazamiento y violencia, por lo que el primer factor es que nos hemos convertido tolerantes sobre muchas de las manifestaciones clínicas relacionados con la angustia y la violencia, y a veces se les da menos importancia o se relativiza en uno mismo o en las personas de nuestro entorno. Por otro lado, la sobreexposición al fenómeno de la violencia podría hacer que el familiar se acostumbre y lo perciba como una realidad normal.

A este respecto, estudios realizados en poblaciones específicas que incluyen a niños han mostrado resultados similares respecto a la frecuencia de trastornos de ansiedad. Cuando estos estudios comparan población infantil afectada directamente por situaciones relacionadas con el conflicto armado^{33,34}, los trastornos de ansiedad resultan ser los más prevalentes.

Los trastornos de ansiedad más frecuentes en los niños son el trastorno de ansiedad por separación y el trastorno de ansiedad generalizada. El trastorno de ansiedad por separación es uno de los trastornos más frecuentes en esta población, con prevalencias de un 1,4–6,2% según diferentes estudios epidemiológicos^{12,15,17,35–37,13,38,39}. Estos resultados son similares a los encontrados en la ENSM 2015, en la que la prevalencia del trastorno de ansiedad por separación es del 1,2% en los últimos 30 días y el 1,8% en los últimos 12 meses. En Colombia no se habían realizado estudios epidemiológicos sobre este trastorno en niños, aunque se ha evaluado a adultos retrospectivamente y se ha encontrado prevalencias de ansiedad por separación en la infancia del 0,8% de las mujeres y el 0,3% de los varones. En cuanto al trastorno de ansiedad generalizada, los resultados de estudios epidemiológicos mencionan prevalencias de un 0,4–3,8%, excepto en un estudio de Irán, cuya prevalencia es más alta. Estos resultados son similares a los encontrados en la ENSM 2015, en la que la prevalencia del trastorno de ansiedad generalizada es del 0,4% tanto en los últimos 30 días como en el último año. Desde el punto de vista clínico, resulta comprensible la mayor frecuencia de los trastornos de ansiedad en esta etapa de la vida, puesto que el proceso de separación es a esas edades el motor fundamental de desarrollo.

Respecto al TDAH, en niños de 5–15 años la prevalencia puntual general es del 3,4%^{8,40} y la prevalencia a 12 meses en población de 4–17 años varía del 2 al 8,7%^{12,15,17,35–37,13,38,39,41}. Estos resultados epidemiológicos son similares a los hallados en la ENSM 2015, la cual encuentra una prevalencia del 2,3% en el último mes y el 3% en los últimos 12 meses. Estos resultados contrastan con hallazgos de estudios realizados en Colombia en el pasado, que encontraron prevalencias del 5,7% en un estudio bogotano⁴², el 16,9% de los niños de 7–11 años en un estudio en Antioquia⁴³ y hasta el 17,1% en otros estudios llevados a cabo en el país^{44,45}. Al comparar los datos de la ENSM 2015 con los datos de otros países, se ve la

coherencia de lo que de verdad corresponde como prevalencia de esta entidad clínica. Las diferencias de prevalencias en varios estudios de TDAH en el mundo es un hecho conocido y que se ha estudiado ampliamente, con múltiples explicaciones, como la gran comorbilidad del trastorno (en cerca del 70% de los casos, el diagnóstico se acompaña de al menos otra entidad), los diagnósticos diferenciales (más de la mitad de los criterios diagnósticos pueden presentarse en otras condiciones) y la utilización de instrumentos de detección como prueba diagnóstica³⁴. Los estudios poblacionales siempre han mostrado prevalencias menores que los estudios clínicos⁴⁶ debido al sesgo de selección, y la ENSM es un ejemplo de ello.

Se considera que parte de las diferencias en las prevalencias con otros estudios puede deberse a la metodología ya mencionada. También puede haber elementos cognitivos en que, dependiendo de experiencias recientes que exalten o disminuyan el estado afectivo basal del sujeto en el momento de la encuesta, este conteste de manera diferente de como habría respondido en otras circunstancias^{47–49}; en esta encuesta se pregunta primero por bienestar emocional del niño y después se pasa a preguntar por los trastornos, a diferencia de aplicar únicamente el DISC, cuyo diseño solo pregunta por elementos negativos y no positivos de las emociones y conductas del niño.

En diferentes estudios se ha encontrado que la prevalencia del TDAH del subtipo inatento es del 4,3%, la del subtipo hiperactivo es del 2% y la del subtipo combinado, del 2,2%^{9,36,50}, mientras que en la ENSM 2015 se encuentra que en el último año es más frecuente el subtipo hiperactivo (1,7%), seguido del inatento (1,1%) y el mixto (0,3%); no obstante, es importante mencionar que, dadas las características de la muestra y los niveles de precisión, los intervalos de confianza se cruzan unos con otros, lo que indicaría la necesidad de un mayor tamaño muestral en el futuro, con el fin de tener resultados más precisos. Asimismo, en los últimos 30 días y últimos 12 meses, el TDAH es ligeramente más prevalente en las niñas que en los niños según la ENSM 2015, lo cual difiere de los hallazgos sobre la enfermedad en otros estudios. Esto último teniendo en cuenta que se ha encontrado mayor frecuencia en varones que en mujeres, con una proporción que varía de 4:1 a 9:1 dependiendo del estudio analizado^{51,52}.

La prevalencia de los trastornos de conducta a los 12 meses es del 6% (5%–14%). Entre los trastornos de conducta, el negativista desafiante tiene una prevalencia de un 2,8–11% según estudios epidemiológicos^{5,12,15,17,35–37,13,38}. Estos resultados difieren de los encontrados en la ENSM 2015, en la que la prevalencia del trastorno negativista desafiante en los últimos 30 días y los últimos 12 meses es del 0,4%. Con respecto al sexo, los resultados de la ENSM 2015 reportan una prevalencia ligeramente mayor en los niños que en las niñas, resultado que concuerda con hallazgos de otros estudios que han reportado que no parece que haya una diferencia significativa en las prevalencias según el sexo, ya que en los varones es del 11,2% y en las mujeres, del 9,2%.

Con respecto al trastorno de conducta, la prevalencia según los estudios epidemiológicos varía entre el 0,6 y el 3,0% de los niños, con una frecuencia mayor en los niños que en las niñas^{12,15,17,35,13,38}. Los resultados de la ENSM son similares a los de estos estudios epidemiológicos, aunque la prevalencia fue ligeramente inferior a la encontrada en esos reportes. La

prevalencia en los últimos 30 días y los últimos 12 meses es del 0,2% de los niños de 7-11 años, con una prevalencia ligeramente mayor en los niños que en las niñas. Estos resultados contrastan con estudios realizados en poblaciones específicas de Colombia. Un estudio llevado a cabo en Bogotá en un colegio distrital mostró una prevalencia de trastorno de conducta del 28,6%⁵³, pero contaba con una población seleccionada.

Al explorar los factores asociados con los trastornos mentales en la infancia, se encuentra que, en el modelo sin ajustar, se encuentran once variables que se relacionan con mayor riesgo de sufrir alguno de los trastornos mentales medidos; al aplicar el modelo multivariable y ajustar entre estas, siguen siendo significativas la escolaridad del niño, el nivel educativo del padre, la pobreza, la exposición a eventos traumáticos, la región del país en la que vive y sufrir condiciones crónicas; tiene relevancia la asociación entre la exposición a eventos traumáticos —dada la alta frecuencia de exposición a estos en nuestro medio— y un hallazgo interesante que genera muchas incógnitas: la menor asociación entre trastornos mentales y la falta de escolarización de los niños.

Al comparar estos hallazgos con los de otros estudios, como el realizado en Puerto Rico en 2004¹², en el que analizaron según la educación de los padres, el nivel educativo de los niños, el nivel de ingresos del hogar o el área de residencia, que encontró mayor asociación con la prevalencia de cualquier trastorno en la zona urbana que en la rural (*odds ratio* [OR] = 1,9). En el estudio realizado en Chile en 2009¹¹, se encontró que las variables asociadas con cualquier trastorno mental en niños fueron el antecedente de trastorno mental en los padres (OR = 3,3) y la estructura familiar; tiene el mayor riesgo las familias monoparentales (OR = 2,5). Cabe aclarar que las asociaciones de los tres estudios se obtuvieron después de los ajustes realizados en cada una de sus muestras, pero se debe resaltar que, tanto en el estudio de Chile como en el de Puerto Rico, se incluyó un mayor número de trastornos, además de que los participantes no eran exclusivamente niños, sino que se incluyó a los adolescentes, por lo cual probablemente las asociaciones establecidas fueron diferentes.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social, bajo la invitación para presentar

propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM); contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

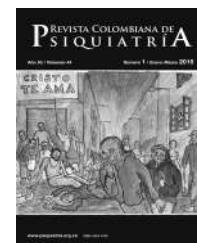
A Alejandro Rozo y Rafael Ruiz por la colaboración en la elaboración de diferentes partes de los documentos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Plan Decenal De Salud Pública [Internet]. 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>.
2. WHO. Atlas: child and adolescent mental health resources [Internet]. WHO Press.
3. Gore FM, Bloem P, Patton GC, Ferguson J, Joseph V, Coffey C, et al. Global burden of disease in young people aged 10-24 years: a systematic analysis. *Lancet*. 2011;377:2093-102.
4. Copeland WE, Wolke D, Shanahan L, Costello EJ. Adult functional outcomes of common childhood psychiatric problems: a prospective, longitudinal study. *JAMA Psychiatry*. 2015;72:892-9.
5. Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11:7-20.
6. Brauner CB, Stephens CB. Estimating the prevalence of early childhood serious emotional/behavioral disorders: challenges and recommendations. *Public Health Rep*. 2006;121:303.
7. Costello EJ, Egger H, Angold A. 10-year research update review: the epidemiology of child and adolescent psychiatric disorders: I. Methods and public health burden. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2005;44:972-86.
8. 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;56:345-65.
9. Polanczyk G, De Lima MS, Horta BL, Biederman J, Rohde LA. The worldwide prevalence of ADHD: A systematic review and meta-regression analysis. *Am J Psychiatry*. 2007;164:942-8.
10. Fleitlich-Bilyk B, Goodman R. Prevalence of child and adolescent psychiatric disorders in southeast Brazil. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2004;43:727-34.
11. 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;53:1026-35.
12. 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;61:85-93.
13. 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;16:e16743.

14. 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;42:1203-11.
15. Green H, McGinnity A, Meltzer H, Ford T, Goodman R. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. London: Department of Health and the Scottish Executive; 2004.
16. Zwirs BWC, Burger H, Schulpen TWJ, Wiznitzer M, Fedder H, Buitelaar JK. Prevalence of psychiatric disorders among children of different ethnic origin. *J Abnorm Child Psychol.* 2007;35:556-66.
17. Merikangas KR, He J-P, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics.* 2010;125:75-81.
18. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramon de la Fuente Muñiz. Guía clínica para los trastornos afectivos (depresión y distimia) en niños y adolescentes Internet. México: INPRF; 2015 [citado 6 May 2015]. Disponible en: http://www.inprf.gob.mx/opencms/export/sites/INPRFM/psicosociales/archivos/guias/trastornos_afectivos.pdf.
19. 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;50:226-35.
20. 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;24:5-19.
21. Copeland WE, Shanahan L, Costello EJ, Angold A. Which childhood and adolescent psychiatric disorders predict which young adult disorders. *Arch Gen Psychiatry.* 2009;66:764-72.
22. Larson K, Russ SA, Kahn RS, Halfon N. Patterns of comorbidity, functioning, and service use for US children with ADHD, 2007. *Pediatrics.* 2011;127:462-70.
23. 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;44:1779-92.
24. Goodman SH, Hoven CW, Narrow WE, Cohen P, Fielding B, Alegria M, et al. Measurement of risk for mental disorders and competence in a psychiatric epidemiologic community survey: the National Institute of Mental Health Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders (MECA) Study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 1998;33:162-73.
25. Merikangas KR, Avenevoli S, Costello EJ, Koretz D, Kessler RC. National comorbidity survey replication adolescent supplement (NCS-A): I. Background and measures. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2009;48:367-79.
26. Roberts RE, Roberts CR, Chan W. One-year incidence of psychiatric disorders and associated risk factors among adolescents in the community. *J Child Psychol Psychiatry.* 2009;50:405-15.
27. Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, et al., Lancet Global Mental Health Group. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet.* 2007;370:1241-52.
28. 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;41:731-8.
29. 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;45:109-34.
30. 5.0 Data accuracy and quality Internet citado el 30 de julio de 2015. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026/m/2007001/ch5-eng.htm>.
31. Vinaccia Alpi S, Gaviria AM, Atehortúa LF, Martínez Guerra P, 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 Psicol.* 2006;2:217-27.
32. Herrera Murcia E. Prevalencia de la depresión infantil en Neiva (Colombia). *Av Psicol Latinoam.* 2009;27:154-64.
33. Pérez-Olmos I, Fernández-Piñeres PE, Rodado-Fuentes S. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático por la guerra, en niños de Cundinamarca, Colombia. *Rev Salud Pública.* 2005;7:268-80.
34. Sanchez-Padilla E, Casas G, Grais R, Houstache S, Moro MR. The Colombian conflict: a description of mental health program in the department of Tolima. *Conflict Health.* 2009;3:13.
35. 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. *J Child Psychol Psychiatry.* 2012;53:1026-35.
36. Arruda MA, Querido CN, Bigal ME, Polanczyk GV. ADHD and mental health status in Brazilian school-age children. *J Atten Disord.* 2015;19:11-7.
37. Mendes AV, De Souza Crippa JA, Souza RM, Loureiro SR. Risk factors for mental health problems in school-age children from a community sample. *Matern Child Health J.* 2013;17:1825-34.
38. Meltzer H, Gatward R, Goodman R, Ford T. Mental health of children and adolescents in Great Britain. *Int Rev Psychiatry.* 1999;15:185-7.
39. Merikangas KR, Avenevoli S. Epidemiology of mood and anxiety disorders in children and adolescents. *Textb Psychiatr Epidemiol.* 2002;2:657-704.
40. Biederman J, Faraone SV. Attention-deficit hyperactivity disorder. *Lancet.* 2005;366:237-48.
41. Urzúa A, Dominic M, Cerda A, Ramos M, Quiroz J. Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños escolarizados. *Rev Chil Pediatr.* 2009;80:332-8.
42. Vélez A, Talero C, González R, Ibáñez M. Prevalencia de trastorno por déficit de atención con hiperactividad en estudiantes de escuelas de Bogotá, Colombia. *Acta Neurol.* 2008;24:6-12.
43. Cornejo JW, 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;40:716-22.
44. Pineda DA, Lopera F, Henao GC, Palacio JD, Castellanos FX. Confirmación de la alta prevalencia del trastorno por déficit de atención en una comunidad Colombiana. *Rev Neurol.* 2001;32:217-22.
45. Pineda DA, Lopera F. Prevalence estimations of attention-deficit/hyperactivity disorder: differential diagnoses and comorbidities in a colombian sample. *Int J Neurosci.* 2003;113:49-71.
46. Shaffer D, Fisher P, Lucas CP, Dulcan MK, Schwab-Stone ME. NIMH diagnostic interview schedule for children version IV (NIMH DISC-IV): description, differences from previous versions, and reliability of some common diagnoses. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry.* 2000;39:28-38.
47. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med.* 2002;9:1184-204.
48. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Emerg Med.* 2003;78:775-80.

-
49. Galanter CA, Patel VL. Medical decision making: a selective review for child psychiatrists and psychologists. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46:675-89.
 50. Polanczyk GV, Willcutt EG, Salum GA, Kieling C, Rohde LA. ADHD prevalence estimates across three decades: An updated systematic review and meta-regression analysis. *Int J Epidemiol*. 2014;43:434-42.
 51. 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 Supl 1: S35-65.
 52. Tyano S, Manor I. The «difficult» child: main underlying syndromes and differential diagnosis. En: Rio J, López-Ibor JJ, Sartorius N, Sato MOA, editores. *Early detection and management of mental disorders*. New York: John Wiley & Sons; 2004. p. 185-210.
 53. Huertas MJ. Caracterización de la población infantil en función de la conducta disocial en un colegio distrital de Usaquen en Bogotá. *J Chem Inf Model*. 2013;53:1689-99.



Artículo original

Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población de adolescentes colombianos, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,*}, Adriana Bohórquez^a, Nathalie Tamayo Martínez^{a,b}, Martín Rondón^{a,b}, Nubia Bautista^c, Herney Rengifo^d y Mauricio Medina Rico^e

^a Hospital Universitario San Ignacio, Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, Subdirección de Enfermedades no Transmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

^d Dirección de Epidemiología y Demografía, Bogotá, Colombia

^e Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 9 de junio de 2016

Aceptado el 29 de septiembre de 2016

On-line el 17 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Encuestas epidemiológicas

Depresión

Trastornos de ansiedad

Trastornos mentales

RESUMEN

Introducción: La prevalencia de trastornos mentales entre los adolescentes es del 17% en el último año. Dichos trastornos tienden a ser crónicos y su aparición a esta edad se asocia a un peor pronóstico que las que aparecen en la edad adulta.

Objetivos: Determinar la prevalencia y los factores asociados a los principales trastornos mentales depresivos y ansiosos de los adolescentes.

Métodos: Datos obtenidos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 con representatividad de 5 regiones. Se realiza una encuesta estructurada computarizada con el CIDI-CAPI adolescentes, centrada en los más frecuentes trastornos depresivos y ansiosos. Se tomó una muestra de 1.754 adolescentes entre 12 y 17 años.

Resultados: La prevalencia de cualquier trastorno alguna vez en la vida es del 7,2% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 5,8-8,9). El trastorno más frecuente fue la fobia social, que se manifestó alguna vez en la vida en un 4,8% (IC95%, 3,7-6,2); los menos frecuentes fueron el trastorno de pánico en las mujeres (0,2%; IC95%, 0,1-1,0) y otros trastornos bipolares en los varones (0,2%; IC95%, 0,1-0,7). De los factores asociados a sufrir cualquier trastorno, se encontró: ser mujer (odds ratio [OR]=2,1), tener poco apoyo familiar (OR = 2,0), haber presenciado al menos un evento traumático (OR = 2,6) y haber hecho un intento de suicidio (OR = 3,4). Como factor protector, se encontró la participación en por lo menos un grupo (OR = 0,5).

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez_restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.009>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Los trastornos mentales de ansiedad y depresión representan una importante carga de enfermedad para Colombia.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Depression and Anxiety Disorders and Associated Factors in the Adolescent Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:

Epidemiological surveys
Depression
Anxiety disorders
Mental disorders

Introduction: There was a prevalence of mental disorders of 17% in adolescents in the past year. These tended to be chronic and their appearance at this age is associated with a worse prognosis than those in adulthood.

Objectives: To determine the prevalence and mental factors associated with major depression and anxiety disorders.

Methods: Data were obtained from the IV National Mental Health Survey representing 5 regions. A structured computerised survey was conducted using the Computer Assisted Personal Interview-Composite International Diagnostic Interview-Adolescent Version (CAPI-CIDI-A), focused on the most common depression and anxiety disorders. It included a sample of 1754 adolescents between 12 and 17 years old.

Results: The prevalence of any disorder at some point in life was 7.2% (95%CI, 5.8-8.9). The most common disorder corresponded to social phobia manifested sometime in life in 4.8% (95%CI, 3.7-6.2). Less frequent were panic disorder in girls (0.2%; 95% CI, 0.1-1.0) and other bipolar disorders in boys (0.2%; 95%CI, 0.1-0.7). Among the associated factors of suffering from any disorder were, being female (OR = 2.1), having little family support (OR = 2.0), having witnessed at least one traumatic event (OR = 2.6), and having had a previous suicide attempt (OR = 3.4). Participation in at least one group was a protective factor (OR = 0.5).

Conclusions: Mental disorders of anxiety and depression represent a major burden of disease for Colombia.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las enfermedades mentales que más carga de enfermedad generan aparecen en la adolescencia; estas tienden a ser crónicas y su aparición en este grupo de edad se asocian a un peor pronóstico que cuando aparecen en la edad adulta. Las personas que las padecen tienen mayor riesgo de suicidio, comorbilidades con otros trastornos mentales, más conductas de riesgo y pobre desempeño en las áreas familiar, interpersonal y laboral¹⁻⁵. Esto se refleja en que las enfermedades mentales, incluido el consumo de sustancias, generan la mayor carga de enfermedad de las personas jóvenes en años perdidos por discapacidad, donde representan un cuarto de todos los años y son la quinta causa cuando se consideran los años de vida ajustados por discapacidad⁶.

Los adolescentes tienen una alta prevalencia de trastornos mentales, que llega a ser del 17% en el último año para todos los trastornos mentales. Los más frecuentes son los trastornos de ansiedad; la agorafobia tiene una prevalencia del 4,5% y la fobia social, del 1,5%; las siguen los trastornos de conducta disruptiva, con una prevalencia de trastornos de conducta del 3,3%; los trastornos por consumo de sustancias, con abuso o dependencia de marihuana es del 3,4%, y el de alcohol, del

2,9%; la prevalencia de depresión mayor es del 1,7%⁷. En el Estudio Nacional de Salud Mental de 2003 en Colombia se encontró una prevalencia de por lo menos un trastorno del 11,4%; el trastorno más frecuente era el abuso de alcohol, con una prevalencia del 4,4%, seguido de la depresión mayor (3,5%) y la agorafobia (2,2%)⁸. En otros países las prevalencias de cualquier trastorno varían entre el 11,5 y el 16,5%, y los trastornos más frecuentes son los de conducta disruptiva y del afecto, predominantemente depresión^{9,10}.

Entre los factores asociados en adolescentes con la presencia de trastornos mentales a lo largo de la vida, se encuentra el sexo, pues las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos del afecto y ansiedad, mientras los varones presentan mayor consumo de sustancias; otros factores son la edad (a mayor edad, mayor riesgo de trastornos mentales), la educación y el estado civil de los padres¹¹. En cuanto a la presencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses, se encontró para ansiedad: ser mujer, menor ingreso salarial en el hogar y menor educación en los padres; para trastornos del afecto, tener padres no casados y para la presencia de cualquier trastorno, tener antecedente familiar de enfermedad mental, disfunción familiar, no vivir con ambos padres y mayor edad en el adolescente⁷⁻⁹.

Pese a que la información en este campo es escasa y la existente no es concluyente acerca de los problemas mentales y

su relación con los factores de riesgo mencionados, se hace necesario reconocer las diferentes enfermedades mentales de los adolescentes colombianos e identificar los posibles factores de riesgo en nuestro medio para que se pueda dirigir de manera más efectiva las intervenciones a esta población, ya sean para tratamiento, recuperación o seguimiento¹². El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de las principales enfermedades mentales en la población de adolescentes colombianos en los últimos 30 días, el último año y a lo largo de la vida y evaluar los factores asociados que se encontraron en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Métodos

Es un estudio observacional de corte transversal, que tuvo como población de referencia a personas no institucionalizadas de 12-17 años de edad. La muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por sexo y por las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá); los criterios de exclusión fueron no hablar español, tener una discapacidad tan grave que impidiera responder a la encuesta y no firmar el consentimiento informado por el adolescente y el cuidador. La entrevista se llevó a cabo en el hogar, de forma confidencial. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. La descripción detallada de la metodología se explica en otros artículos.

Para este estudio se utilizó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta, asistida por computador CIDI-CAPI para adolescentes con criterios DSM-IV. Los trastornos incluidos fueron los trastornos del afecto: depresión mayor y menor, distimia, trastorno afectivo bipolar y otros trastornos afectivos bipolares. Igualmente, los trastornos de ansiedad: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social, y el módulo de suicidio. Además se incluyeron preguntas sobre características generales del adolescente y su hogar, se midió el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP)^{13,14}, se indagó sobre disfunción familiar con el APGAR familiar¹⁵, sobre consumo de alcohol por medio del AUDIT¹⁶, el PCL-C¹⁷ en el que se modificó el marco temporal de los síntomas de 1 a 12 meses y la frecuencia de los síntomas conservando el mismo algoritmo diagnóstico, se creó un módulo sobre consumo de sustancias psicoactivas, otro de condiciones crónicas; la descripción de los instrumentos utilizados se puede ver en el artículo de este número o en el protocolo de estudio.

Análisis estadístico

Los análisis fueron ponderados por medio de la estimación de varianza en encuestas complejas utilizando el método de linealización mediante series de Taylor con el programa Stata versión 13 (StataCorp.; College Station, Texas, Estados Unidos). Los resultados de este reporte son representativos de la población colombiana de 12-17 años de edad; al evaluarlos hay que tener en cuenta que los hallazgos con coeficientes de variación (CV) < 16,6% se consideran confiables desde el punto de vista estadístico, los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser evaluados con precaución y los que resultan > 33,3% se consideran imprecisos¹⁸. En este reporte, se presentan los

resultados cuyos estimativos presentaron CV < 33,3%. En caso de las prevalencias de los trastornos mentales se presentan con asterisco aquellos con resultado mayor que este punto.

Inicialmente, para evaluar la asociación de cada una de las covariables con la variable desenlace se realizó una prueba de la χ^2 ; luego se realizaron modelos de regresión logística de tipo exploratorio tanto bivariantes como multivariantes, reportando como medida del efecto el riesgo relativo indirecto (odds ratio [OR]) con su respectivo intervalo de confianza del 95% (IC95%). Para la creación de los modelos multivariantes se incluyeron todas las covariables, dado que no se tenían variables de exposición; se usó el procedimiento *backward* con probabilidad de entrada y salida de 0,05 para conseguir el modelo más parsimonioso. Se evaluaron posibles variables de confusión y finalmente se realizó el diagnóstico del modelo y de colinealidad; durante este proceso se excluyó la variable «posible estrés postraumático» por presentar posible colinealidad con algún evento traumático.

Resultados

Se encuestó a un total de 1.754 adolescentes, cuyas características se pueden observar en la tabla 1. Respecto el índice de pobreza de la población colombiana, el 86,5% de los hogares estaban en estado de pobreza. Por otro lado, los adolescentes que viven con sus padres son el 51,8%; el 35,7% vive únicamente con su madre, el 4,04% vive solamente con el padre y el 8,45%, con ninguno.

La prevalencia de trastornos mentales específicos y generales se presentan en la tabla 2. Entre los hallazgos más relevantes, se puede observar una mayor prevalencia de todos los trastornos del afecto y de ansiedad en las mujeres, a excepción del trastorno afectivo bipolar tipo I con presentación «alguna vez en la vida», que es más frecuente en varones. El trastorno más frecuente en ambos sexos es la fobia social, que llega a manifestarse alguna vez en la vida en un 4,8%. Por su parte, el menos frecuente es el trastorno de pánico en las mujeres (0,2%) y los otros trastornos bipolares en varones (0,2%). En la tabla 3 se presentan los factores relacionados con la presencia de los trastornos mentales según el análisis bivariable y en la tabla 4, los factores asociados según el análisis multivariable.

Tabla 1 – Características de la población encuestada (n = 1.754)

	n (%)
Sexo	
Varones	847 (48,29)
Mujeres	907 (51,71)
Escolarización	
Escolarizados	1.504 (85,7)
No escolarizados	250 (14,3)
Trabajan	
Sí	76 (4,3)
No	1.678 (95,7)

Tabla 2 - Prevalencia de los trastornos del afecto y ansiedad en la población colombiana de 18 o más años

	Mujeres			Varones			Total		
	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	Alguna vez en la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Trastornos del afecto	3,6 (2,4-5,6)	1,8 (1,1-3,1)	0,2 (0,1-0,5)	2,1 (1,3-3,5)	0,6 (0,3-1,3)	0,2 (0,0-0,6)	2,9 (2,1-4,0)	1,2 (0,8-1,9)	0,2 (0,1-0,4)
Depresión mayor	2,9 (1,7-4,8)	1,4 (0,7-2,6)	0,1 (0,0-0,5)	1,0 (0,5-2,2)	0,2 (0,1-0,7)	0,1 (0,0-0,7)	2,0 (1,3-3,0)	0,8 (0,5-1,4)	0,1 (0,1-0,4)
Distimia	0,3 (0,0-2,0)	0,3 (0,0-2,0)	0,0 (0,0-0,0)	0,1 (0,0-0,6)	0,1 (0,0-0,6)	0,0 (0,0-0,2)	0,2 (0,0-0,9)	0,2 (0,0-0,9)	0,0 (0,0-0,1)
Depresión menor	0,6 (0,3-1,2)	0,3 (0,1-0,7)	0,0 (0,0-0,3)	0,2 (0,1-0,9)	0,1 (0,0-0,5)	0,4 (0,2-0,9)	0,4 (0,2-0,8)	0,2 (0,1-0,4)	0,0 (0,0-0,2)
Trastorno afectivo bipolar I	0,2 (0,0-0,9)	0,2 (0,0-0,9)	0,0 (0,0-0,3)	0,6 (0,3-1,5)	0,0 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,4)	0,1 (0,0-0,4)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,2)
Otros trastornos afectivos bipolares				0,2 (0,1-0,7)	0,0 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,4)	0,1 (0,1-0,4)	0,0 (0,0-0,1)	
Trastornos de ansiedad	7,1 (5,2-9,6)	5,0 (3,4-7,2)	3,2 (1,9-5,3)	3,0 (1,9-4,5)	1,9 (1,1-3,3)	1,4 (0,7-2,6)	5,0 (3,9-6,5)	3,5 (2,5-4,7)	2,3 (1,5-3,5)
Trastorno de pánico	0,2 (0,1-1,0)	0,1 (0,0-0,5)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,2)	0,3 (0,1-0,8)	0,1 (0,0-0,5)	0,0 (0,0-0,3)	
Trastorno de ansiedad generalizada	0,6 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,2)	0,3 (0,1-0,8)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,2)	
Fobia social	6,6 (4,8-9,1)	4,9 (3,3-7,1)	3,2 (1,9-5,3)	3,0 (1,9-4,5)	1,9 (1,1-3,3)	1,4 (0,7-2,6)	4,8 (3,7-6,2)	3,4 (2,5-4,7)	2,3 (1,5-3,4)
Cualquier trastorno	9,7 (7,4-12,5)	6,3 (4,5-8,7)	3,4 (2,1-5,5)	7,6 (3,3-6,5)	2,4 (1,5-3,9)	1,5 (0,8-2,8)	7,2 (5,8-8,9)	4,4 (3,3-5,7)	2,5 (1,7-3,6)

Estimaciones con coeficiente de variación > 33,3% que, por lo tanto, son imprecisas.

Discusión

La salud mental de los adolescentes es un tema prioritario en la agenda de salud nacional¹⁹ y también mundial²⁰. Pese a que son pocos los estudios en población adolescente y los análisis realizados con la información de estos son diferentes, los resultados de este estudio aportan información importante respecto a los trastornos mentales de ansiedad y depresión de los adolescentes en Colombia, y se observan factores asociados similares. Los hallazgos de las prevalencias encontradas en esta encuesta son un poco menores que los del estudio de 2003 para los trastornos del afecto, aunque se evaluaron diferentes trastornos de ansiedad, donde se encontró una prevalencia en los últimos 12 meses de cualquiera de los trastorno del afecto del 1,2 frente al 5,3%⁸. Entre las limitaciones del estudio se encuentra la dificultad para comparar los resultados con otros sobre este tema en la población adolescente; hay que tener en cuenta que esta encuesta incluye población rural y las diferencias del contexto político y económico en que se realizaron las 2 encuestas son diferentes²¹⁻³⁶ y que la actual ENSM incluye un componente grande de bienestar, que se pregunta antes de evaluar los síntomas de trastornos mentales, lo que puede hacer que alguna situación reciente exalte o disminuya el estado afectivo basal del sujeto en el momento de la encuesta y lo lleve a contestar de manera diferente que en otro momento³⁷⁻³⁹, de modo que los resultados de estas encuestas pueden no ser comparables.

Como factores asociados a la presencia de trastornos del afecto en los últimos 12 meses, los hallazgos son similares que en otros estudios: ser mujer (OR = 2,9), vivir en un hogar con disfunción familiar grave (OR = 15,3), tener un trastorno de ansiedad (OR = 5,9) y haber sufrido por lo menos un evento traumático (OR = 3,2). Como factor que se asocia a menor riesgo, participar por lo menos en un grupo (OR = 0,4). Es interesante que, al ajustar por los otros factores, se pierde la asociación con la región en que vive el adolescente, con cuál de los padres vive y el nivel educativo de la madre. Estos resultados no se pueden comparar con el estudio de 2003, dado que en este se presentan solo los análisis bivariantes⁸. En Chile los factores asociados a sufrir un trastorno depresivo en los últimos 12 meses fueron: tener antecedente de enfermedad mental en la familia (OR = 5,5), no vivir con ambos padres, ser padre soltero (OR = 2,8) y otro tipo de conformación parental (OR = 3,4)⁹.

Con relación a los trastornos de ansiedad en el último año, nuevamente se halla como factor asociado ser mujer (OR = 2,4), tener un trastorno del afecto (OR = 6,7) y haber presenciado por lo menos un evento traumático (OR = 2,0); además, se pierde la asociación de vivir solo con el padre y haber hecho por lo menos un intento de suicidio. En Chile, los factores relacionados con tener un trastorno de ansiedad en el último año fueron ser mujer (OR = 2,9) y tener antecedente de enfermedad mental en la familia (OR = 3,1) y como factor de protección, un mayor ingreso salarial en el hogar (OR = 0,4)⁹. En Estados Unidos hallaron que los varones tienen menor riesgo de sufrírselos (OR = 0,7)⁷.

Como factores asociados a la presencia de estos trastornos del afecto o de ansiedad en la vida, se encuentran: ser mujer (OR = 2,1), tener poco apoyo familiar (OR = 2,0), haber hecho

Tabla 3 – Factores asociados al diagnóstico de trastornos de ansiedad y del afecto en los últimos 12 meses y cualquier trastorno en la vida, análisis bivariable ($p < 0,05$)

Variable	Trastornos del afecto ^a OR (IC95%)	Trastornos de ansiedad ^b OR (IC95%)	Cualquier trastorno ^c OR (IC95%)
Sexo			
Varón	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Mujer	3,04 (1,23-7,46)	2,7 (1,35-5,39)	2,21 (1,4-3,49)
Apoyo			
Siempre	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Casi siempre	3,7 (1,11-12,3)	1,7 (0,42-3,81)	1,55 (0,76-3,15)
Algunas veces o nunca	1,9 (0,69-5,21)	1,9 (0,87-3,68)	2,25 (1,36-3,72)
Grupos en que participa			
Ninguno	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Al menos uno	0,33 (0,13-0,86)	0,66 (0,34-1,26)	0,5 (0,31-0,78)
Disfunción familiar			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Leve	2,76 (0,86-8,67)	1,39 (0,51-3,74)	1,55 (0,76-3,17)
Moderada	2,12 (0,37-12,1)	1,5 (0,5-4,44)	1,22 (0,51-2,93)
Grave	18,9 (5,01-71,2)	0,7 (0,11-4,26)	5,4 (1,94-15)
Audit C			
Positivo	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,56 (0,58-4,2)
Negativo	1,52 (0,38-6,19)	1,5 (0,42-5,39)	1,0 (1,0-1,0)
Consumo de sustancias psicoactivas en últimos 12 meses			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Sí	0,46 (0,06-3,85)	1,72 (0,37-7,96)	3,18 (1,35-7,47)
Intento de suicidio			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Sí	4,57 (1,37-15,3)	0,01 (0,0-0,01)	4,39 (1,43-13,4)
Trastornos del afecto/ansiedad			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Sí	9,22 (3,13-27,1)	9,22 (3,13-27,1)	9,22 (3,13-27,1)
Eventos traumáticos			
Ninguno	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Por lo menos 1	3,63 (1,42-9,28)	2,06 (1,08-3,96)	2,43 (1,55-3,83)
Estrés postraumático			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Sí	16,0 (4,18-61,3)	5,85 (1,56-22,0)	5,21 (1,62-16,7)
Desplazamiento por violencia			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Sí	2,54 (0,75-8,56)	2,36 (0,83-6,7)	1,2 (0,54-2,66)
Área			
Urbana	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Rural	0,57 (0,18-1,83)	0,61 (0,24-1,59)	0,61 (0,33-1,11)
Pobreza IMP			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Sí	0,8 (0,28-2,34)	1,56 (0,71-3,38)	0,81 (0,44-1,49)
Vive con los padres			
Ambos padres	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Solo la madre	1,89 (0,65-5,51)	1,1 (0,52-2,33)	1,17 (0,7-1,96)
Solo el padre	5,44 (1,27-23,3)	3,81 (1,12-12,9)	2,99 (1,19-7,47)
Ninguno	1,04 (0,23-4,72)	1,03 (0,31-3,47)	1,82 (0,85-3,91)
Nivel educativo de la madre			
Ninguno/primaria	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Secundaria	1,63 (0,56-4,75)	1,02 (0,5-2,05)	1,27 (0,77-2,08)
Técnico/tecnológico	0,89 (0,16-4,86)	0,46 (0,11-1,88)	0,55 (0,23-1,32)
Universitario	0,41 (0,05-3,71)	0,21 (0,05-0,98)	0,34 (0,08-1,47)
Condiciones crónicas			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Sí	1,47 (0,61-3,54)	0,76 (0,38-1,52)	0,81 (0,51-1,28)

Tabla 3 – (continuación)

Variable	Trastornos del afecto ^a OR (IC95%)	Trastornos de ansiedad ^b OR (IC95%)	Cualquier trastorno ^c OR (IC95%)
<i>Región</i>			
Central	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Atlántica	0,26 (0,05-1,52)	0,16 (0,04-0,64)	0,27 (0,12-0,59)
Bogotá	0,98 (0,26-3,7)	0,86 (0,32-2,31)	0,98 (0,5-1,92)
Oriental	0,99 (0,24-4,11)	1,05 (0,42-2,61)	1,05 (0,54-2,01)
Pacífica	1,63 (0,45-5,87)	1,1 (0,39-3,06)	0,99 (0,49-2,02)
<i>Escolarizado</i>			
No	1,0 (1,0-1,0)	0,43 (0,17-1,08)	0,95 (0,53-1,72)
Sí	0,7 (0,24-2,08)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)

^a Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipo I, otros trastorno afectivos bipolares (incluye tipo II), prevalencia en los últimos 12 meses.

^b Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, prevalencia en los últimos 12 meses.

^c Por lo menos uno de los trastornos de ansiedad o del afecto de lo medidos, prevalencia en la vida.

un intento de suicidio (OR = 3,4) y haber tenido por lo menos un evento traumático (OR = 2,6), y como factor que se asocia a menor riesgo, participar por lo menos en un grupo (OR = 0,5), donde se pierde el efecto al ajustar por los otros factores en disfunción familiar y el consumo de sustancias en los últimos 12 meses.

Como fortalezas están que la población adolescente tiene representatividad de la población colombiana; además, se usó la entrevista del CIDI como método diagnóstico de los trastornos mentales y se evaluaron dominios positivos y negativos que influyen en la salud mental de la población. Como debilidades están que no se puede evaluar la dirección de

Tabla 4 – Factores asociados al diagnóstico de trastornos de ansiedad y del afecto en los últimos 12 meses y cualquier trastorno en la vida, modelo de regresión logística multivariable ($p < 0,05$)

Variable	Trastornos del afecto ^a OR (IC95%)	Trastornos de ansiedad ^b OR (IC95%)	Cualquier trastorno ^c OR (IC95%)
<i>Sexo</i>			
Varón	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Mujer	2,87 (1,17-7,05)	2,36 (1,18-4,75)	2,13 (1,34-3,39)
<i>Apoyo</i>			
Siempre			1,0 (1,0-1,0)
Casi siempre			1,51 (0,72-3,18)
Algunas veces o nunca			2,03 (1,21-3,43)
<i>Grupos en que participa</i>			
Ninguno	1,0 (1,0-1,0)		1,0 (1,0-1,0)
Al menos uno	0,38 (0,15-0,98)		0,48 (0,3-0,77)
<i>Disfunción familiar</i>			
No	1,0 (1,0-1,0)		
Leve	3,0 (1,0-8,97)		
Moderado	1,89 (0,32-11,1)		
Grave	15,3 (2,97-78,4)		
<i>Intento de suicidio</i>			
No			1,0 (1,0-1,0)
Sí			3,38 (1,14-10,1)
<i>Trastornos del afecto/ansiedad</i>			
No	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	
Sí	5,88 (2,08-16,7)	6,67 (2,32-19,0)	
<i>Eventos traumáticos</i>			
Ninguno	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)	1,0 (1,0-1,0)
Por lo menos 1	3,18 (1,19-8,49)	2,02 (1,04-3,93)	2,58 (1,63-4,08)

^a Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipo I, otros trastorno afectivos bipolares (incluye tipo II), prevalencia en los últimos 12 meses.

^b Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, prevalencia en los últimos 12 meses.

^c Por lo menos uno de los trastornos de ansiedad o del afecto de lo medidos, prevalencia en la vida.

la asociación de las variables; dadas las prevalencias, no fue posible evaluar trastornos mentales específicos; tampoco se evaluaron otros trastornos mentales que también son prevalentes en la adolescencia, como los trastornos de conducta, y no se midieron otras variables que en la literatura se han reportado como asociadas a trastornos mentales en los adolescentes, como el antecedente familiar, entre otros.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses con relación a este estudio.

Agradecimientos

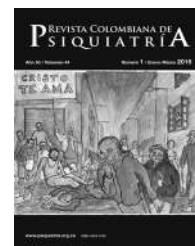
Este estudio fue financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental «ENSM»; contrato 762-2013.

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio, en especial a Alejandro Roza, Alejandro Salcedo, Jorge Cano y Sebastián Hernández por la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2197-2223.
- 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;62:593-602.
- Nowrouzi B, Kamhi R, Hu J, Kennedy JL, Matmari M, De Luca V. Age at onset mixture analysis and systematic comparison in schizophrenia spectrum disorders: Is the onset heterogeneity dependent on heterogeneous diagnosis. *Schizophr Res*. 2015;164:83-91.
- Zhu T, De Luca V, Gallagher LA, Woldeyohannes HO, Soczynska JK, Szymkowicz S, et al. Admixture analysis of age at onset in major depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:686-91.
- Carter TDC, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2003;37:297-303.
- Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, et al. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*. 2015;45:1551-63.
- Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res*. 2007;41:959-67.
- Torres de Galvis Y, editor. Situación de salud mental del adolescente, Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia: the who world mental health survey consortium. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Universidad CES; 2010.
- 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. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1026-35.
- Green H. Mental health of children and young people in Great Britain, 2004. Basingstoke, New York: Palgrave MacMillan; 2005.
- 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;49:980-9.
- 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;291:2581-90.
- Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
- Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series. 2013.
- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
- 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.º 23 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social; 2013. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Completa_OH.pdf.
- Veterans Affairs UD. PTSD Checklist — Civilian Version (PCL-C) [Internet]. 1994. Disponible en: <http://www.mirec.va.gov/docs/visn6/3.PTSD.CheckList.and.Scoring.pdf>.
- 5.0;1; Data accuracy and quality [Internet] [citado el 30 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026m/2007001/ch5-eng.htm>.
- Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20De%20Salud%20P%C3%BAblica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>.
- Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1.
- Boletín Anual de Estadísticas 2014 [Internet]. Bogotá: Migración Colombia; 2015 [citado el 10 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/boletin%20anual%202014.pdf>.

22. Marthe A, Tello J, Moreno S. Comportamiento del homicidio. Colombia, 2014. En: *Forensis 2014. Datos para la vida* [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. p. 91-131. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JULpdf.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>.
23. Ramirez L, Naranjo C. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. En: *Forensis 2014. Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. p. 319-51.
24. Alejo H, Gonzales J, Hernandez W. Conducta suicida según ciclo vital. En: *En: Forensis 2003. Datos para la vida* [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2003. p. 107-19. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33493/6+Suicidio.pdf/4bf9b97c-126c-4fad-bfcd-5ac7afdb9b39>.
25. Crecimiento del PIB. (% anual) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?page=2>.
26. Desempleo, total (% de la población activa total) (estimación modelado OIT) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS?page=4>.
27. El Banco Mundial. Inflación, precios al consumidor (% anual) [Internet]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/FP.CPI.TOTL.ZG>.
28. Inversión extranjera directa, entrada neta de capital (% del PIB) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/BX.KLT.DINV.WD.GD.ZS>.
29. DANE-OIM. Movimientos migratorios internacionales de Colombia. Anuario 2003 [Internet]. Oficina de Prensa OIM. Colombia: Quebecor World Bogotá; 2004 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migraciones/Anuario_2003.pdf.
30. Muertes producto de la guerra (cantidad de personas) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/VC.BTL.DETH?page=4>.
31. PIB per cápita (US\$ a precios actuales) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?page=4>.
32. Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014. Boletín técnico [Internet]. Bogotá DANE; 2014 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14..pdf.
33. Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Registro Único de Víctimas (RUV) [Internet]. 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://rni.unidadadvictimas.gov.co/?q=node/107>.
34. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?page=4>.
35. De la Hoz G. Variaciones conceptuales y lugares comunes en la explicación del homicidio en Colombia. En: *Forensis 2003 Datos para la vida* [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, CRNV; 2003. p. 25-47. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33493/2+Homicidios.pdf/d6c17bc9-448a-46a2-b137-6be93e48f975>.
36. Bérubé M. Colombia In the Crossfire [Internet]. migrationpolicy.org. 2005 [citado 14 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.migrationpolicy.org/article/colombia-crossfire>.
37. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making. *Cogn Strat Detect Bias*. 2002;9:1184-204.
38. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med*. 2003;78:775-80.
39. Galanter CA, Patel VL. Medical decision making: a selective review for child psychiatrists and psychologists. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46:675-89.



Artículo original

Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Carlos Gómez-Restrepo^{a,*}, Nathalie Tamayo Martínez^b, Adriana Bohórquez^c,
Martín Rondón^d, Mauricio Medina Rico^e, Hernet Rengifo^f y Nubia Bautisa^g

^a MD Psiquiatra, Psiquiatría de Enlace, MSc Epidemiología Clínica, Psicoanalista. Profesor titular Director Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^b MD Psiquiatra, MSc (cand) Epidemiología Clínica, Psiquiatra de Enlace. Investigadora Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c MD Psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, Profesora Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^d Estadístico, Bioestadístico, Coordinador Maestría de Bioestadística. Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^e MD Psiquiatra, Estadístico, Bioestadístico, Coordinador Maestría de Bioestadística. Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^f Odontólogo, Mágister en Salud Pública, delegado de la Dirección de Epidemiología y Demografía, Bogotá, Colombia

^g MD Psiquiatra, Coordinadora Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental de la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles Ministerios de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de noviembre de 2015

Aceptado el 15 de abril de 2016

On-line el 30 de junio de 2016

Palabras clave:

Encuestas epidemiológicas

Depresión

Trastornos de ansiedad

Trastornos mentales

RESUMEN

Introducción: Las enfermedades mentales son la primera causa de años vividos con discapacidad, contribuyen al 7,4% de los años de vida ajustados por discapacidad y esto aumenta en la medida en que disminuyen los producidos por enfermedades transmisibles.

Objetivos: Determinar la prevalencia y los factores asociados a los principales trastornos mentales depresivos y ansiosos.

Métodos: Datos obtenidos de la IV Encuesta Nacional de Salud Mental con representatividad de cinco regiones. Se realiza una encuesta estructurada computarizada con el CIDI-CAPI 3.0, centrada en los más frecuentes trastornos depresivos y ansiosos. Se tomó una muestra de 10.870 adultos mayores de 18 años.

Resultados: La prevalencia de cualquiera de estos trastornos alguna vez en la vida es del 10,1%, (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 8,8%-11,5%) de las personas de 18-44 años y el 7,7% (IC95%, 6,5%-9,1%) de los mayores de 45 años. En los últimos 12 meses, el 5,1% (IC95%, 4,3%-6,0%) del grupo más joven y el 2,3% (IC95%, 1,8%-3,0%) del de más edad. De las personas con alguno de los trastornos mentales medidos, el 17,6% (IC95%, 13,1%-23,4%) presentan dos o más trastornos; es más frecuente la comorbilidad en mujeres (20,4%; IC95%,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez_restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

14,2%-28,3%) que en varones (13,5%; IC95%, 7,9%-22,0%). El trastorno depresivo mayor es el más prevalente de los trastornos, con una prevalencia de vida del 4,3% (IC95%, 3,7%-5,0%). Entre los factores asociados a cualquier trastorno, se encontró en el modelo multivariable que estar separado, viudo o divorciado (*odds ratio* [OR] = 1,3), el intento de suicidio previo (OR = 3,3) y tener seis o más rasgos de personalidad límite (OR = 2,7) incrementan el riesgo de sufrírselos

Conclusiones: Los trastornos mentales de ansiedad y depresión suponen una importante carga de enfermedad para Colombia.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Depression and Anxiety Disorders and Associated Factors in the Adult Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:

Epidemiological surveys
Depression
Anxiety disorders
Mental disorders

Introduction: Mental disorders are the first causes of disability adjusted life years (DALY), contributing with the 7.4%. This value increases as the DALYs of the transmittable diseases decrease.

Objectives: To determine the prevalence and associated factors of the major depressive and anxious disorders.

Methods: Data obtained from the IV Mental Health Survey with representation from 5 regions. A computerised interview was conducted, focusing on the most frequent anxiety and depressive disorders, using the CIDI CAPI 3.0. A sample of 10,870 adults over 18 years old was obtained.

Results: The lifetime prevalence of any of these disorders is 10.1% (95% CI: 8.8-11.5) in the population between 18 and 44 years, and of 7.7% (95% CI: 6.5-9.1) in those older than 45 years. The prevalence in the last 12 months was 5.1% (95% CI: 4.3-6.0) in the younger group, and 2.3% (95% CI: 1.8-3.0) in the older group. Of the people with evaluated mental disorders, 17.6% (95% CI: 13.1-23.4) had 2 or more disorders, a comorbidity that is more common in the female population (20.4%, 95% CI: 14.2-28.3) than in males (13.5%, 95% CI: 7.9-22.0). Major depressive disorder is the most prevalent of the disorders, with a lifetime prevalence of 4.3% (95% CI: 3.7-5.0). After adjusting in a multivariate model, being divorced or widowed (OR = 1.3), previous suicide attempt (OR = 3.3), and having 6 or more features of border-line personality, were associated with an increased risk of presenting with any of the studied disorders.

Conclusions: Anxiety and depressive mental disorders are an important health burden in Colombia.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

Las personas con enfermedad mental son víctimas de estigmatización y discriminación, tienen mayor dificultad para acceder a los servicios de salud, encuentran mayores barreras para acceder a educación y trabajo y con mayor frecuencia se vulneran sus derechos¹. Esto se refleja en que en 2010 las enfermedades mentales fueron la primera causa de años vividos con discapacidad en todo el mundo, contribuyen al 7,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y estos han aumentado en la medida en que disminuyen los producidos por enfermedades transmisibles².

Por lo tanto, es una necesidad conocer la prevalencia de trastornos mentales para diseñar, implementar y evaluar políticas que reduzcan la carga de estas condiciones. Por eso en

todo el mundo se han realizado encuestas nacionales; la OMS reporta la implementación de 28 y los resultados de 14 de ellos, entre los que se encuentran el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia de 2003, México, Estados Unidos, Bélgica, Francia, Alemania y Japón.

En relación con la prevalencia en los últimos 12 meses, los resultados han sido variables. Por ejemplo, la presencia de cualquier trastorno mental ha sido la menor (4,3%) en Shanghái; la mayor (26,4%), en Estados Unidos, y en Colombia ha sido del 17,8%, en todos los casos concordante en la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, que varían del 2,4 al 18,2%, seguidos de los trastornos del afecto (1,7-9,6%)³ (en Colombia en 2003 fueron el 10 y el 6,8% respectivamente). En cuanto a cada trastorno, los más frecuentes en los últimos 12 meses son la fobia específica, del 2,7 al 8,7% (el 6,0% en Colombia), el trastorno depresivo mayor, del 1,5 al 6,7% (el 5,6% en

Colombia), y la fobia social, del 1,0 al 6,8% (el 2,5% en Colombia)⁴⁻⁶. El analizar la prevalencia de vida, la de cualquier trastorno del afecto es del 11,2% en Italia y el 9,1% en México; en los últimos 30 días, del 1,5 y el 1,9%, y se mantiene la fobia específica como la más frecuente, seguida del trastorno depresivo mayor y la fobia social^{4,6}.

Al analizar los factores asociados a los trastornos, se encuentran diferentes características. Por ejemplo, los relacionados con trastornos de ansiedad se relacionan con ser mujer, la edad, los menores recursos económicos, estar separado o viudo, el consumo de alcohol, los eventos estresantes en la infancia, las comorbilidades médicas y el antecedente de enfermedad mental en los padres^{5,7}. En el análisis de los resultados del estudio de 2003 en Colombia, los factores asociados con tener algún trastorno de ansiedad en varones fueron el consumo de tabaco (*odds ratio* [OR]=2,4; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,55-3,57), tener comorbilidades médicas (OR=8,6; IC95%, 5,65-13,11), haber tenido otra enfermedad mental (OR=4,9; IC95%, 1,08-21,78), conflictos en la infancia con los cuidadores (OR=5,6; IC95%, 3,03-10,26), un nivel de ingresos alto (OR=2,3; IC95%, 1,17-4,37) y vivir en área rural (OR=0,4; IC95%, 0,18-0,9); en mujeres, los factores asociados fueron haber tenido una experiencia estresante (OR=1,7; IC95%, 1,05-2,58), comorbilidades médicas (OR=7; IC95%, 5,37-9,21), haber tenido otra enfermedad mental (OR=16,1; IC95%, 7,58-34,09), conflictos en la infancia con los cuidadores (OR=3,5; IC95%, 2,43-5,13) y vivir en área rural (OR=2,3; IC95%, 1,34-3,8)⁸.

Los factores relacionados con trastornos del ánimo son estar separado, divorciado o viudo, fumar o ser exfumador (varones), antecedente de enfermedad mental, conflictos en la infancia con los cuidadores, comorbilidad médica y experiencias graves⁹. En Colombia en 2003 se encontró que para los varones es la escolaridad, con mayor riesgo a más años de escolaridad y estar separado, divorciado o viudo (OR=3,8; IC95%, 1,8-7,34), fumar (OR=2,5; IC95%, 1,47-4,43), haber tenido una experiencia estresante (OR=2,3; IC95%, 1,05-5,09), comorbilidades médicas (OR=8; IC95%, 5-12,67), haber tenido otra enfermedad mental (OR=5,8; IC95%, 1,24-23,45) y conflictos en la infancia con los cuidadores (OR=5,7; IC95%, 2,9-11,07). Para las mujeres, los factores asociados fueron estar separada, divorciada o viuda (OR=1,8; IC95%, 1,23-2,54), fumar (OR=1,7; IC95%, 1,08-2,61), haber tenido una experiencia estresante (OR=2; IC95%, 1,16-3,38), comorbilidades médicas (OR=13,6; IC95%, 9,43-19,63), haber tenido otra enfermedad mental (OR=21,3; IC95%, 9,5-47,8) y conflictos en la infancia con los cuidadores (OR=5,7; IC95%, 2,98-10,68)⁸.

El objetivo que se presenta en este artículo es la descripción de los principales trastornos mentales en la población colombiana de 18 o más años, estimando la prevalencia en los últimos 30 días, en el último año y en la vida, así como establecer los factores asociados con sufrirlos.

Métodos

Es un estudio observacional de corte transversal y ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La población de referencia son

personas de 18 o más años no institucionalizada; la muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad (18-44 y ≥ 45 años) y las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá); con representatividad según los grupos de estratificación, estos están ponderados y son representativos de la población colombiana. La descripción detallada de la metodología se explica en otros artículos y el protocolo de estudio, que se puede ver en la página *web* del Ministerio de Salud.

Para este estudio se utilizó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0), con criterios diagnósticos del DSM-IV, y los trastornos incluidos fueron trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos afectivos bipolares (incluye el tipo II) agrupados como trastornos del afecto, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico y fobia social agrupados como trastornos de ansiedad; se realizó un cribado de personalidad, el módulo de conducta suicida. Se indagó sobre otras condiciones como consumo de alcohol por medio del AUDIT, consumo de sustancias psicoactivas, el PCL-C modificado, APGAR familiar, cognición social, la valoración del estado de salud por medio de la escala visual análoga y características sociodemográficas como el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP); la descripción de los instrumentos utilizados se puede ver en el artículo de este número o en el protocolo de estudio.

Análisis estadístico

Todos los análisis fueron ponderados utilizando para la estimación de varianzas en encuestas complejas el método de linealización mediante series de Taylor, a través del programa STATA v. 13 (STATA Corp.; College Station, Texas, Estados Unidos). Inicialmente se evaluó la posible asociación, y no la causalidad, de cada una de las covariables con la variable desenlace a través de la prueba de χ^2 . Posteriormente, se realizaron modelos de regresión logística de tipo exploratorio tanto bivariantes como multivariantes, y se reportó como medida del efecto el riesgo relativo indirecto (OR) con su respectivo IC95%. Para la creación de los modelos multivariantes, dado que no se contaba con una variable de exposición, se incluyeron todas las covariables utilizadas en el modelo bivariante y se usó el procedimiento por pasos hacia adelante con probabilidad de entrada y salida de 0,05 para conseguir el modelo más parsimonioso. Se evaluaron posibles variables de confusión y finalmente se hizo el diagnóstico del modelo y de colinealidad.

Resultados

Los resultados son representativos de la población colombiana de 18 o más años según los grupos analizados. En general, los hallazgos con coeficientes de variación (CV) menores del 16,6% se consideran confiables desde el punto de vista estadístico; los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser evaluados con precaución, y los que resultan mayores se consideran imprecisos¹⁰. En este reporte, se presentan los resultados cuyas estimaciones presentaron CV < 33,3%, y en las prevalencias de los trastornos mentales se presentan con asterisco aquellos con resultado $\geq 33,3\%$.

Tabla 1 – Características de la población encuestada	
	Sujetos, n (%)
Total	10.870
Edad	
18-44 años	5.889 (54,2)
≥ 45 años	4.981 (45,8)
Sexo	
Varones	4.384 (40,3)
Mujeres	6.486 (59,7)
Escolaridad completada	
Ninguna o primaria completa	4.007 (37,2)
Secundaria	5.152 (47,8)
Técnico o tecnológico	895 (8,3)
Universitario	713 (6,6)
Estado civil	
Casado, unión libre o vive con su pareja	6.016 (55,3)
Separado, viudo o divorciado	1.962 (18,0)
Soltero	2.892 (26,6)
Situación laboral	
Trabajando	5.478 (50,4)
Buscando trabajo	441 (4,1)
Estudiando	462 (4,3)
Oficios del hogar	3.729 (34,3)
Incapacitado para trabajar	225 (2,1)
Otro	535 (4,9)

Las características de la muestra encuestada se recogen en la tabla 1 y la prevalencia de trastornos mentales, en la tabla 2, donde se aprecia que las mujeres tienen mayor prevalencia de todos los trastornos del afecto y de ansiedad medidos, excepto el trastorno afectivo bipolar tipo I alguna vez en la vida, que es más frecuente en varones. Según los grupos etarios, la prevalencia de cualquiera de estos trastornos alguna vez en la vida es del 10,1% (IC95%, 8,8%-11,5%) del grupo de 18-44 años y el 7,7% (IC95%, 6,5%-9,1%) del de edad ≥ 45 años.

La prevalencia de cualquiera de estos trastornos en los últimos 12 meses es del 5,1% (IC95%, 4,3%-6,0%) del grupo más joven y el 2,3% (IC95%, 1,8%-3,0%) de los de más edad; de ellos, presentan algún trastorno del afecto el 3,0% (IC95%, 2,4%-3,8%) del grupo de 18-44 años y el 1,6% (IC95%, 1,13%-2,13%) del ≥ 45 años y presentan cualquiera de los trastornos de ansiedad medidos el 2,7% (IC95%, 2,1-3,3) y el 1,2% (IC95%, 0,9%-1,6%). De las personas con por lo menos alguno de los trastornos mentales medidos, el 17,6% (IC95%, 13,1%-23,4%) presenta dos o más trastornos, más frecuente en mujeres (20,4%; IC95%, 14,2%-28,3%) que en varones (13,5%; IC95%, 7,9%-22,0%).

En la tabla 3 se presenta el análisis bivariable de los factores que se relacionan con los trastornos mentales; la prevalencia de tener alguno de los trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses es mayor entre las mujeres, quienes perciben tener apoyo casi siempre comparado con los que lo tienen siempre, quienes tienen disfunción familiar moderada o grave, quienes han consumido cigarrillos o marihuana alguna vez en la vida, quienes han intentado suicidarse alguna vez en la vida, quienes tienen más rasgos de personalidad límite, antisocial, del grupo C o del grupo A, quienes han sufrido eventos traumáticos, aquellos con riesgo de trastorno por estrés postraumático, quienes han completado la secundaria frente a los que tienen máximo primaria completa y los que además sufrieron algún

Tabla 2 – Prevalencia de los trastornos del afecto y de ansiedad en la población colombiana de 18 o más años

	Mujeres			Varones			Total		
	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Trastornos del afecto	7,1 (6,1-8,2)	3,0 (2,4-3,8)	1,0 (0,7-1,5)	6,3 (5,1-7,8)	1,9 (1,4-2,6)	0,4 (0,21-0,6)	6,7 (5,9-7,6)	2,4 (2,0-3,0)	0,7 (0,5-0,9)
Depresión mayor	5,4 (4,6-6,4)	2,3 (1,8-2,9)	0,8 (0,5-1,3)	3,2 (2,4-4,2)	0,9 (0,6-1,3)	0,2 (0,1-0,4)	4,3 (3,7-5,0)	1,6 (1,3-1,9)	0,5 (0,3-0,7)
Distimia	0,5 (0,3-0,9)	0,4 (0,2-0,8)	0,2 (0,1-0,6)	0,4 (0,2-0,9)	0,3 (0,1-0,9)	+ (++)	0,5 (0,3-0,7)	0,4 (0,2-0,7)	0,1 (0,0-0,3)
Depresión menor	1,0 (0,6-1,5)	0,4 (0,2-1,1)	0,1 (0,0-0,2)	1,1 (0,6-2,0)	0,2 (0,1-0,4)	0,0 (0,0-0,1)	1,0 (0,7-1,5)	0,3 (0,1-0,6)	0,0 (0,0-0,1)
Trastorno afectivo bipolar I	0,6 (0,4-0,9)	0,3 (0,2-0,6)	0,1 (0,0-0,2)	1,9 (1,3-2,9)	0,6 (0,3-1,1)	0,1 (0,0-0,2)	1,3 (0,9-1,7)	0,4 (0,3-0,7)	0,1 (0,0-0,2)
Otros trastornos afectivos bipolares	0,1 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)	0,3 (0,1-0,5)	0,1 (0,1-0,3)	0,1 (0,0-0,3)	0,2 (0,1-0,3)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,2)
Trastornos de ansiedad	4,9 (4,1-5,9)	2,5 (2,0-3,2)	1,3 (0,9-1,7)	2,9 (2,3-3,7)	1,6 (1,2-2,2)	0,9 (0,6-1,3)	3,9 (3,4-4,6)	2,1 (1,7-2,5)	1,1 (0,8-1,4)
Trastorno de pánico	0,3 (0,2-0,4)	0,2 (0,1-0,3)	0,0 (0,0-0,2)	0,1 (0,1-0,3)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,1)	0,2 (0,1-0,3)	0,1 (0,1-0,2)	0,0 (0,0-0,1)
Trastorno de ansiedad generalizada	1,9 (1,3-2,8)	0,7 (0,4-1,1)	0,2 (0,1-0,4)	0,7 (0,4-1,0)	0,2 (0,1-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	1,3 (1,0-1,7)	0,5 (0,3-0,7)	0,1 (0,1-0,3)
Fobia social	3,1 (2,5-3,8)	1,8 (1,4-2,4)	1,1 (0,7-1,5)	2,3 (1,8-3,1)	1,4 (1,0-2,0)	0,8 (0,5-1,3)	2,7 (2,3-3,2)	1,6 (1,3-2,0)	0,9 (0,7-1,2)
Cualquier trastorno	10,1 (8,9-11,4)	4,8 (3,9-5,7)	2,1 (1,6-2,7)	8,2 (6,9-9,8)	3,2 (2,5-4,1)	1,2 (0,8-1,6)	9,1 (8,2-10,1)	4,0 (3,5-4,6)	1,6 (1,3-2,0)

* Estimaciones con coeficiente de variación > 33,3% que, por lo tanto, son imprecisas.

Tabla 3 – Factores relacionados con el diagnóstico de trastornos de ansiedad y del afecto en los últimos 12 meses y cualquier trastorno en la vida. Análisis bivariante

Variable	Trastornos de ansiedad ^a OR (IC95%)	Trastornos del afecto ^b OR (IC95%)	Cualquier trastorno ^c OR (IC95%)
Sexo			
Varón	1,0	1,0	1,0
Mujer	1,6 ^d (1,1-2,4)	1,6 ^d (1,1-2,4)	1,3 (0,9-1,6)
Apoyo			
Siempre	1	1	1
Casi siempre	2,1 ^d (1,1-4,2)	0,7 (0,4-1,3)	1,3 (0,9-1,9)
Algunas veces o nunca	1,5 (0,9-2,4)	1,4 (0,9-2,2)	1,4 ^d (1,1-1,9)
Grupos en que participa			
Ninguno	1	1	1
Al menos uno	1,0 (0,7-1,4)	0,8 (0,5-1,2)	1,1 (0,9-1,4)
Disfunción familiar			
No	1	1	1
Leve	1,3 (0,7-2,4)	1,5 (0,9-2,4)	1,5 (1,1-2,2)
Moderada	2,9 ^d (1,6-5,3)	2,4 ^d (1,3-4,4)	2,0 ^d (1,4-2,9)
Grave	4,8 ^d (2,6-9,1)	5,6 ^d (3,0-10,3)	3,8 ^d (2,5-5,7)
Audit C			
Positivo	1	1	1
Negativo	1,0 (0,6-1,5)	0,9 (0,6-1,4)	0,8 (0,6-1,1)
Consumo de sustancias psicoactivas en la vida			
Ninguno	1	1	1
Cigarrillo	2,4 ^d (1,2-4,9)	3,8 ^d (2,0-7,3)	2,1 ^d (1,4-3,2)
Alcohol	0,9 (0,6-1,4)	1,6 (0,9-2,5)	1,1 (0,9-1,5)
Marihuana	2,8 ^d (1,3-5,7)	2,0 (0,9-4,2)	2,3 ^d (1,4-3,8)
Otras	1,8 (0,8-4,2)	3,9 ^d (1,8-8,3)	3,5 ^d (2,1-5,9)
Intento de suicidio			
No	1	1	1
Sí	5,7 ^d (3,3-10,1)	9,8 ^d (5,4-18,0)	7,2 ^d (4,6-11,1)
Rasgos límite de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	6,5 ^d (4,2-10,2)	4,3 ^d (2,8-6,7)	3,3 ^d (2,5-4,2)
6 o más rasgos	17,0 ^d (10,3-28,0)	12,3 ^d (7,3-20,6)	8,3 ^d (6,0-11,5)
Rasgos antisociales de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	3,9 ^d (2,5-6,2)	4,9 ^d (3,1-7,6)	3,5 ^d (2,6-4,7)
6 o más rasgos	9,1 ^d (4,4-19,0)	7,3 ^d (3,6-14,7)	6,7 ^d (4,1-11,0)
Rasgos grupo C de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	7,7 ^d (5,1-11,5)	4,0 ^d (2,7-6,0)	4,4 ^d (3,4-5,7)
6 o más rasgos	20,7 ^d (9,2-46,3)	10,7 ^d (4,6-25,2)	8,3 ^d (4,6-14,8)
Rasgos grupo A de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	10,0 ^d (6,7-15,1)	6,4 ^d (4,3-9,6)	5,5 ^d (4,3-6,9)
Eventos traumáticos			
Ninguno	1	1	1
Por lo menos uno	2,1 ^d (1,4-3,1)	2,5 ^d (1,7-3,7)	2,1 ^d (1,6-2,6)
Riesgo de trastorno por estrés postraumático			
No	1	1	1
Sí	13,9 ^d (7,5-25,7)	6,9 ^d (3,8-12,6)	6,6 ^d (4,1-10,8)
Desplazamiento por violencia			
No	1	1	1
Sí	1,7 (0,9-2,9)	1,9 ^d (1,0-3,7)	1,9 ^d (1,3-2,7)
Rostros de tristeza			
2 rostros	0,7 (0,3-1,7)	3,5 ^d (1,3-9,2)	1,7 (0,9-2,8)
1 rostro	1,3 (0,6-3,1)	2,6 ^d (1,1-6,0)	1,7 ^d (1,1-2,7)
Ningún rostro	1	1	1

Tabla 3 (continuación)

Variable	Trastornos de ansiedad ^a OR (IC95%)	Trastornos del afecto ^b OR (IC95%)	Cualquier trastorno ^c OR (IC95%)
Área			
Urbana	1	1	1
Rural	0,7 (0,4-1,1)	0,5 ^d (0,3-0,9)	0,6 ^d (0,5-0,8)
Pobreza IMP			
No	1	1	1
Sí	1,2 (0,8-2,0)	1,2 (0,7-1,9)	1,0 (0,7-1,4)
Estado civil			
Casado, unión libre o vive con su pareja	1	1	1
Separado, viudo o divorciado	0,9 (0,5-1,5)	2,6 ^d (1,5-4,7)	1,9 ^d (1,4-2,5)
Soltero	1,3 (0,8-2,0)	2,1 ^d (1,4-3,2)	1,5 ^d (1,2-2,0)
Nivel educativo			
Ninguno/Primaria	1	1	1
Secundaria	1,5 ^d (1,0-2,3)	1,1 (0,7-1,7)	1,5 ^d (1,2-1,9)
Técnico/Tecnológico	0,6 (0,2-1,2)	1,0 (0,4-2,5)	1,2 (0,8-2,0)
Universitario	0,4 (0,2-1,1)	0,5 (0,2-1,0)	1,7 ^d (1,0-2,8)
Edad			
<44 años	1	1	1
≥ 44 años	0,4 ^d (0,3-0,6)	0,5 ^d (0,3-0,8)	0,8 ^d (0,6-0,9)
Región			
Central	1	1	1
Atlántica	0,5 (0,3-1,0)	0,6 (0,3-1,3)	0,5 ^d (0,3-0,7)
Bogotá	1,0 (0,6-1,8)	1,9 (1,0-3,4)	1,5 (1,0-2,1)
Oriental	0,8 (0,4-1,4)	1,4 (0,8-2,5)	0,9 (0,7-1,3)
Pacífica	1,2 (0,7-2,1)	2,0 ^d (1,3-3,2)	1,2 (0,9-1,7)
VES			
0-40	1	1	1
41-60	1,0 (0,6-1,9)	0,5 ^d (0,3-0,9)	1,1 (0,8-1,6)
61-80	0,6 ^d (0,3-0,9)	0,3 ^d (0,2-0,5)	0,7 ^d (0,5-0,9)
81-100	0,4 ^d (0,2-0,7)	0,2 ^d (0,1-0,3)	0,5 ^d (0,4-0,8)
Trastornos del afecto en los últimos 12 meses			
No	1		
Sí	17,4 ^d (10,9-27,8)		
Trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses			
No		1	
Sí		17,4 ^d (10,9-27,8)	

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

^a Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, prevalencia en los últimos 12 meses.

^b Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipo I, otros trastorno afectivos bipolares (incluido el tipo II), prevalencia en los últimos 12 meses.

^c Por lo menos uno de los trastornos de ansiedad o del afecto de lo medidos, prevalencia en la vida.

^d p < 0,05

trastorno del afecto en los últimos 12 meses. Es menor el riesgo de las personas de más edad y las que mejor perciben su salud física, y no se encuentra relación según los grupos en los que participan, si hacen consumo excesivo de alcohol, si han sido desplazados por la violencia, si reconocen o no los rostros de tristeza, si viven en área rural o urbana ni región del país en la que se encuentran, según condición de pobreza o estado civil.

La presencia de trastornos del afecto en los últimos 12 meses como factor relacionado es más prevalente en mujeres, en quienes tienen disfunción familiar moderada o grave, han consumido cigarrillo u otras sustancias psicoactivas ilegales diferentes de marihuana alguna vez en la vida, han intentado suicidarse alguna vez en la vida, tienen más rasgos de personalidad límite, antisocial, de los grupos C o A, han sufrido

eventos traumáticos, tienen riesgo de trastorno por estrés post-traumático, han sido desplazados por la violencia, reconocen mejor los rostros de tristeza, las personas separadas, viudas, divorciadas o solteras o viven en la región Pacífica y los que además presentan alguno de los trastornos de ansiedad medidos en los últimos 12 meses. Es menor el riesgo de las personas que viven en el área rural, las de más edad y las que mejor perciben su salud física, y no se encuentra relación según la percepción de apoyo que tienen, si participan en grupos, si tienen consumo excesivo de alcohol, si se encuentran en situación de pobreza o según el nivel educativo (tabla 3).

Los factores asociados que aumentan el riesgo de sufrir alguno de los trastornos medidos alguna vez en la vida son no percibir apoyo, tener disfunción familiar moderada o grave,

haber consumido cigarrillo u otras sustancias psicoactivas ilegales alguna vez en la vida, haber intentado suicidarse alguna vez en la vida, tener más rasgos de personalidad límite, antisocial, de los grupos C o A, haber sufrido eventos traumáticos, tener riesgo de trastorno por estrés postraumático, haber sido desplazado por la violencia, reconocer solo un rostro de tristeza, estar separado, viudo, divorciado o soltero y tener educación secundaria o universitaria completas. Es menor el riesgo de las personas que viven en área rural, las de más edad, las que viven en la región Atlántica y las que mejor perciben su salud física, y no se encuentra relación según sexo, grupos en los que participa, consumo excesivo de alcohol o estado de pobreza (tabla 3).

En la tabla 4 se presentan los resultados del análisis multivariable con la OR ajustada por las demás variables. Se obtuvieron resultados significativos para los trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses: tener algún trastorno del afecto en los últimos 12 meses, tener mayor número de rasgos de personalidad límite o de los grupos A o C, percibir que se tiene apoyo casi siempre y ser mujer; también es significativo tener más edad, aunque disminuye el riesgo. Y se pierde la asociación con disfunción familiar, consumo de sustancias psicoactivas en la vida, intento de suicidio, rasgos de personalidad antisocial, presencia de eventos traumáticos, riesgo de estrés postraumático y nivel educativo.

Para la presencia de trastornos del afecto en los últimos 12 meses, tener algún trastorno de ansiedad de los mediados en los últimos 12 meses, haber tenido un intento de suicidio en la vida, estar separado, viudo, divorciado o soltero, tener mayor número de rasgos de personalidad límite y del grupo A y vivir en la región Pacífica son significativos. Implican menor riesgo tener más edad, vivir en el área rural y tener mejor salud física (tabla 4). Pero se pierde la asociación según el sexo, con disfunción familiar, consumo de sustancias psicoactivas en la vida, rasgos de personalidad antisocial y del grupo C, haber tenido experiencias traumáticas, riesgo de estrés postraumático, haber sido desplazado por la violencia y el mejor reconocimiento de rostros de tristeza.

Para la presencia de alguno de los trastornos del afecto o de ansiedad en la vida, se encuentran como factores asociados haber tenido un intento de suicidio en la vida, tener mayor número de rasgos de personalidad del grupo C, de personalidad límite o del grupo A, tener secundaria completa o título universitario o algún tipo de disfunción familiar y ser separado, viudo o divorciado. Como factores relacionados en quienes se encuentra menor prevalencia, están las personas que viven en la región Atlántica y quienes reportan mejor salud física (tabla 4). Y se pierde la asociación con el consumo de sustancias psicoactivas, rasgos de personalidad antisocial, haber vivido algún evento traumático, tener riesgo de trastorno por estrés postraumático, haber sido desplazado por la violencia y el reconocimiento de los rostros de tristeza.

Discusión

Al presentar las prevalencias de trastornos del afecto en los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se encuentra que el

trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social son similares a las reportadas en otros países y en Colombia en 2003; en cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, son similares a las encontradas en otros países y en Colombia en 2003. Por ejemplo, la prevalencia de cualquier trastorno del afecto (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar y otros trastornos afectivos bipolares) es del 4,5% en México, el 2,0% en Italia, el 3,1% en Italia, el 19,5% en Estados Unidos; en Colombia, el 6,9% en 2003 y el 6,7% en este estudio. La prevalencia de depresión mayor varía entre el 1,5 y el 6,2% en esos mismos países, con un resultado actual del 1,6%; la de fobia social varía entre el 0,6 y el 6,8%, con un resultado actual del 1,6%, siendo estos los más frecuentes; las de distimia, trastornos afectivos bipolares, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada están entre el 0,1 y el 3,1%, y las más altas son las de Estados Unidos^{4-6,9,11}.

Se encuentra que 1 de cada 11 personas ha tenido por lo menos uno de estos trastornos en algún momento en la vida, 1 de cada 14 ha tenido un trastorno del afecto y 1 de cada 25, algún trastorno de ansiedad de los mediados, con mayor prevalencia en mujeres que en varones; estas prevalencias son similares a las reportadas en otros países, aunque siempre menores que las reportadas en Colombia en 2003. En México se encuentra una prevalencia de cualquier trastorno del afecto en la vida del 9,1%⁴; en Italia, del 11,2%⁶; en Colombia, en 2003 era del 15,0% y en este estudio, el 6,7%. Para estos mismos estudios, las prevalencias de depresión mayor fueron del 3,3% en México, el 10,1% en Italia y el 12,1% en Colombia en 2003 (actual, el 4,3%), y las de fobia social, el 4,7, el 2,1, el 5,1 y el 2,7% respectivamente^{4-6,9,11}.

Al analizar los factores asociados a los trastornos mentales, hay que tener en cuenta las diferencias en las variables usadas y los métodos empleados en otros estudios; por ejemplo, destaca en el presente estudio la incorporación de variables relacionadas con los rasgos de personalidad, que resultaron significativas tanto para los trastornos de ansiedad y del afecto en los últimos 12 meses como para cualquiera de esos trastornos en la vida, y la región del país en que se vive (mayor riesgo de trastornos del afecto en los últimos 12 meses en la región Pacífica y menor riesgo de cualquiera de los trastornos en la vida en la región Atlántica). En general, se mantiene el mayor riesgo de trastornos de ansiedad (teniendo en cuenta que se midieron trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social) en las mujeres y las personas de menos edad o con otros trastornos mentales. Para los trastornos del afecto en los últimos 12 meses, no se encuentra relación según el sexo, aunque se mantiene—como en otros estudios— el mayor riesgo de sufrirlos de las personas separadas, viudas, divorciadas o solteras, con peor estado de salud o con algún otro trastorno mental. Para padecer cualquiera de estos trastornos en la vida, tampoco se encuentra relación según sexo, pero sí según disfunción familiar, estar separado, viudo, divorciado o soltero y tener escolaridad superior o peor condición física. Aunque se resalta que, a diferencia de otros estudios, no se encuentran diferencias según el estado de pobreza (en este caso, medido con el IMP) o la experiencia de eventos traumáticos.

Específicamente, al contrastar estos resultados con los obtenidos en Colombia en 2003, se consideran varias razones

Tabla 4 – Factores relacionados con el diagnóstico de trastornos de ansiedad y del afecto en los últimos 12 meses y cualquier trastorno en la vida. Modelo de regresión logística multivariable

Variable	Trastornos de ansiedad ^a OR (IC95%)	Trastornos del afecto ^b ORa (IC95%)	Cualquier trastorno ^c ORa (IC95%)
Sexo			
Varón	1		
Mujer	1,5 ^d (1,0-2,4)		
Apoyo			
Siempre	1		
Casi siempre	2,3 ^d (1,1-4,9)		
Algunas veces o nunca	1,1 (0,7-1,9)		
Disfunción familiar			
No			1
Leve			1,5 ^d (1,0-2,3)
Moderada			1,6 ^d (1,1-2,3)
Grave			2,3 ^d (1,4-3,8)
Intento de suicidio			
No		1	1
Sí		3,6 ^d (1,8-7,3)	3,3 ^d (1,9-5,7)
Rasgos límite de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	3,4 ^d (2,0-5,8)	2,3 ^d (1,4-4,1)	1,9 (1,4-2,7)
6 o más rasgos	3,9 ^d (2,0-7,6)	3,3 ^d (1,7-6,5)	2,7 (1,8-4,2)
Rasgos grupo C de personalidad			
0 a 2 rasgos	1		1
3 a 5 rasgos	2,6 ^d (1,5-4,5)		2,0 (1,5-2,7)
6 o más rasgos	3,2 ^d (1,2-8,3)		2,8 (1,4-5,3)
Rasgos grupo A de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	3,3 ^d (1,9-5,6)	2,4 ^d (1,4-4,1)	2,5 (1,9-3,3)
Área			
Urbana		1	1
Rural		0,5 ^d (0,3-0,9)	0,7 ^d (0,5-0,9)
Estado civil			
Casado, unión libre o vive con su pareja		1	1
Separado, viudo o divorciado		2,7 ^d (1,4-5,1)	1,8 (1,3-2,4)
Soltero		1,6 ^d (1,0-2,6)	1,3 (0,9-1,8)
Nivel educativo			
Ninguno/Primaria			1
Secundaria			1,7 (1,3-2,3)
Técnico/Tecnológico			1,5 (0,9-2,5)
Universitario			2,7 (1,6-4,6)
Edad			
<44 años	1	1	
≥ 44 años	0,4 ^d (0,3-0,7)	0,5 ^d (0,3-0,8)	
Región			
Central		1	1
Atlántica		0,7 (0,3-1,5)	0,6 ^d (0,4-0,9)
Bogotá		1,5 (0,8-2,6)	1,3 (0,9-1,8)
Oriental		1,5 (0,8-2,9)	1,0 (0,7-1,5)
Pacífica		2,0 ^d (1,2-3,4)	1,2 (0,9-1,7)
VES			
0-40		1	1
41-60		0,4 ^d (0,2-0,8)	1,0 (0,6-1,5)
61-80		0,3 ^d (0,2-0,6)	0,7 ^d (0,5-0,9)
81-100		0,2 ^d (0,1-0,3)	0,6 ^d (0,4-0,9)
Trastornos del afecto en los últimos 12 meses			
No	1		
Sí	5,2 ^d (2,9-9,6)		
Trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses			
No		1	
Sí		4,9 ^d (2,6-9,1)	

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; ORa: odds ratio ajustada.

^a Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, prevalencia en los últimos 12 meses.^b Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipo I, otros trastornos afectivos bipolares (incluido el de tipo II), prevalencia en los últimos 12 meses.^c Por lo menos uno de los trastornos de ansiedad o del afecto de lo medidos, prevalencia en la vida.^d p < 0,05.

de que haya menos prevalencia de trastornos mentales en el estudio actual. Primero hay que tener en cuenta que se midieron menos trastornos y algunos de ellos tuvieron alta prevalencia, como la fobia social, los trastornos por abuso de sustancias y la ansiedad de separación del adulto, por lo que la cifra total actual es considerablemente menor.

Al comparar los resultados de la presente encuesta con la realizada en 2003, se encuentran menores prevalencias de trastornos mentales, probablemente porque en la actual se midieron menos trastornos. En cuanto a los trastornos medidos en ambos estudios, se consideran varias razones que expliquen las prevalencias menores; sobre las prevalencias de vida, se considera que estas son las que más varían, y algunos autores lo explican por efectos de diseño y sesgo de recuerdo, y no por efectos de periodo o cohorte¹². Además, hay que tener en cuenta que en 2003 el país se encontraba ante un cambio incipiente en la estructura de gobierno y seguridad que en los años inmediatamente anteriores había regido el país, y se asociaba a ello 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 en el periodo 1996-2003¹³; además, durante ese periodo se evidenció un incremento en el producto per cápita que, gracias a una disminución de la desigualdad, indica mayor cobertura de necesidades, lo que se ha reflejado en el tamaño de pobreza monetaria.

Este último indicador ha cambiado de metodología de cálculo, por lo que no es posible una comparación; sin embargo, el conjunto de información hace posible asumir que, independientemente de la metodología empleada, el porcentaje de personas en condición de pobreza ha disminuido. Además, el incremento en la tasa de alfabetización y la constante disminución de la tasa de desempleo, sumados a las bajas tasas de inflación y la disminución de las muertes violentas, permiten inferir que en 2014, en comparación con 2003, la percepción de los ciudadanos sobre las condiciones generales de la economía y sus propias expectativas pudo haber mejorado¹⁴⁻²⁸.

Al comparar las prevalencias en los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se encuentran datos similares a los de otros países^{4,6}, aunque ligeramente menores que los de 2003, que no permiten la comparación por tener varias diferencias en la muestra, como que en 2003 solo se incluyó a población urbana y ahora se incluye también a población del área rural, o el tamaño muestral, ya que en 2003 se analizaron los resultados de 4.544 personas de 18-65 años y en este estudio, a 10.870 personas de edad \geq 18 años, sin límite; la edad más alta registrada es 96 años. El incremento de la muestra y la disminución de las restricciones de los encuestados permitió obtener estimadores más precisos, como lo muestran los CV reportados, con poblaciones que tienen menor prevalencia de trastornos mentales. Otra diferencia metodológica fue que en el estudio actual se ponderaron los resultados por los factores de expansión, lo que da representatividad poblacional a los resultados obtenidos.

Finalmente, entre las fortalezas se encuentra el diseño metodológico, que hace que el estudio sea representativo de la población colombiana; también que los instrumentos utilizados para la medición de estos trastornos son los usados más ampliamente.

Entre las limitaciones, el diseño transversal del estudio puede influir en la prevalencia de vida, pero se encuentran resultados similares a los reportados en Colombia en 2003 y en otros países, con las consideraciones descritas para la prevalencia de vida, y que el diseño del estudio permite definir riesgo, pero no evaluar la dirección de la relación entre los trastornos mentales y las variables estudiadas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la ENSM, contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Ninguno.

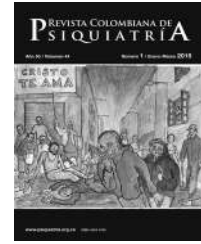
Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio, en especial a Alejandro Rozo, Alejandro Salcedo, Jorge Cano y Sebastián Hernández por la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mental disorders [Internet]. WHO [citado 19 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.
2. 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;382:1575-86.
3. 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;291:2581-90.
4. Medina ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México [Internet]. *Salud Mental*. 2003 [citado 9

- Oct 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>.
5. 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;62:617-27.
 6. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:853-61.
 7. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Motrico E, Rodríguez-Morejón A, Fernández A, García-Campayo J, et al. Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *J Affect Disord*. 2014;168:337-48.
 8. 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. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf.
 9. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Social; 2005.
 10. 5.0 Data accuracy and quality [Internet] [citado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026/m/2007001/ch5-eng.htm>.
 11. 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;53:157-65.
 12. 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;18:221-8.
 13. Bérubé M. Colombia: in the crossfire [Internet]. En: [migrationpolicy.org](http://www.migrationpolicy.org); 2005 [citado 14 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.migrationpolicy.org/article/colombia-crossfire>.
 14. Boletín Anual de Estadísticas 2014 [Internet]. Bogotá: Migración Colombia; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/boletin%20anual%202014.pdf>.
 15. Marthe A, Tello J, Moreno S. Comportamiento del homicidio. Colombia, 2014. En: *Forensis 2014, Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. p. 91-131.
 16. Ramirez L, Naranjo C. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. En: *Forensis 2014, Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. p. 319-51.
 17. Alejo H, Gonzales J, Hernandez W. Conducta suicida según ciclo vital. En: *Forensis 2003, Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, CRNV; 2003. p. 107-19.
 18. Crecimiento del PIB. (% anual) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?page=2>.
 19. Desempleo, total (% de la población activa total) (estimación modelado OIT) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS?page=4>.
 20. Inflación, precios al consumidor (% anual) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/FP.CPI.TOTL.ZG>.
 21. Inversión extranjera directa, entrada neta de capital (% del PIB) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/BX.KLT.DINV.WD.GD.ZS>.
 22. DANE-OIM. Movimientos migratorios Internacionales de Colombia. Anuario 2003 [Internet]. Oficina de Prensa OIM. Colombia: Quebecor World Bogotá; 2004 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migraciones/Anuario_2003.pdf.
 23. Muertes producto de la guerra (cantidad de personas) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/VC.BTL.DETH?page=4>.
 24. PIB per cápita (US\$ a precios actuales) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?page=4>.
 25. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2014. Boletín Técnico [Internet]. Bogotá: DANE; 2014 [citado 2015 Aug 10]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol.pobreza_14_.pdf.
 26. Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Registro Único de Víctimas (RUV); 2015 [Internet] [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://rni.unidadadvictimas.gov.co/?q=node/107>.
 27. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?page=4>.
 28. De la Hoz G. Variaciones conceptuales y lugares comunes en la explicación del homicidio en Colombia. En: *Forensis 2003, Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-CRNV; 2003. p. 25-47.



Artículo original

Factores asociados a la conducta suicida en Colombia. Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Alvaro Arenas^a, Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,*} y Martín Rondón^a

^a Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 25 de marzo de 2016

On-line el 11 de junio de 2016

Palabras clave:

Ideación suicida

Trastornos mentales

Trastorno límite de la personalidad

Estudios epidemiológicos

RESUMEN

Introducción: La conducta suicida es un desenlace importante como causa de mortalidad en el mundo, por lo que es relevante conocer los factores asociados a la conducta para la intervención clínica y el diseño de políticas de salud pública que permitan disminuir su incidencia.

Objetivo: Describir los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 relacionados con la conducta suicida en adultos.

Resultados: Se observa que el 5,5% (intervalo de confianza del 95%, 4,5%-6,7%) de los varones y el 7,6% (intervalo de confianza del 95%, 6,6%-8,7%) de las mujeres han pensado en suicidarse. Reportan plan de suicidio el 2,7% (intervalo de confianza del 95%, 2,1%-3,0%) de las mujeres y se observa intento de suicidio en el 1,9% (intervalo de confianza del 95%, 1,4%-2,5%) de los varones y el 3,3% (intervalo de confianza del 95%, 2,6%-4,1%) de las mujeres. La región con la más alta frecuencia de ideación suicida fue Bogotá (el 10,3%; intervalo de confianza del 95%, 7,6%-13,8%) y la más baja, en la región Atlántica (el 3,8%; intervalo de confianza del 95%, 3,0%-4,8%). Se ha encontrado que la presencia de cualquier trastorno mental, en particular los trastornos depresivos y de ansiedad y los rasgos límite de personalidad, se asocian a ideación suicida grave, así como haber sufrido desplazamiento por violencia alguna vez en la vida. No se ha encontrado diferencia en la ideación suicida relacionada con la pobreza o problemas derivados del consumo de alcohol.

Conclusiones: La conducta suicida es frecuente en la población de adultos colombianos, lo que amerita el diseño y la aplicación de intervenciones en los grupos más vulnerables con el fin de disminuir este riesgo.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez_restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.03.006>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Suicidal Behaviour and Associated Factors in Colombia. Results from the 2015 National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:

Suicidal ideation
Mental disorders
Borderline personality disorder
Health surveys

Introduction: Suicidal behaviour leads to a significant cause of mortality in the world. It is important to know the factors associated with this behaviour in order to design public health policies that may decrease its incidence.

Objective: Describe the results of the Colombian National Survey of Mental Health related to suicidal behaviour in adults.

Results: It was observed that 5.5% (95% CI, 4.5-6.7) of men and 7.6% (95% CI, 6.6-8.7) of women had suicidal thoughts. A suicide plan was reported in 2.7% of women (95% CI, 2.1-3.0), and attempted suicide observed in 1.9% of men (95% CI, 1.4-2.5) and 3.3% of women (95% CI, 2.6-4.1). The region with the highest frequency of suicidal ideation was Bogotá, with 10.3% (95% CI, 7.6-13.8) and was the lowest in the Atlantic region with 3.8% (95% CI, 3.0-4.8). It was found that the presence of any mental illness, especially depressive, anxiety disorders and borderline personality traits, as well as people who have been displaced by violence at least once in life, are associated with serious suicidal ideation. No differences were found in suicidal ideation as regards poverty or problems arising from alcohol consumption.

Conclusions: Suicidal behaviour is common in the Colombian adult population, which warrants the design and implementation of interventions in the most vulnerable groups in order to reduce this risk.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

Existe un espectro de conductas asociadas con el suicidio que van desde la idea suicida, el plan y el intento a, finalmente, el suicidio consumado. El suicidio se ubica como una causa muy importante de mortalidad en el mundo, por lo que su reducción se ha convertido en una prioridad de las políticas de salud pública. El suicidio se define, de acuerdo con la décima edición de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10), como «la muerte ocasionada por lesión autoinfligida informada como intencional»¹.

Según el CIE-10, 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 tiene efectos perjudiciales en los servicios de atención de salud², debido a la cantidad de personas que presentan ideación suicida, aproximadamente 20 personas que lo intentan por cada suicidio consumado³.

Asociadas 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^{4,5}.

Factores asociados

Se han identificado como factores de riesgo de conducta suicida ser mayor de 45 años, la impulsividad, los eventos vitales adversos, el sexo masculino (excepto en algunos países como China), ser viudo, separado o divorciado, vivir

solo, estar desempleado o jubilado, tener antecedentes familiares de suicidio o intentos previos, tener mala salud física, tener armas de fuego en casa o padecer una enfermedad mental^{6,7}. Del total de todos los suicidios, se ha visto que aproximadamente el 80% se atribuyen a enfermedad mental o consumo de sustancias psicoactivas y alcohol⁸.

Los factores protectores contra la conducta suicida que se han encontrado son: tener hijos⁹, pertenecer a religiones diferentes de la católica, tener una red de apoyo que cuente con amigos y una familia funcional¹⁰.

En población con depresión en Colombia, se han identificado como factores de riesgo de ideación suicida el desempleo, el consumo de cigarrillos y alcohol en los últimos 30 días, la percepción de la salud mental como regular o mala, el diagnóstico de depresión doble, el tratamiento intrahospitalario, los bajos ingresos y haber sufrido una gran crisis financiera en los últimos 2 años¹¹.

Impacto

En 2010, la Organización Mundial de la Salud (OMS) señaló que el suicidio se encuentra entre las primeras tres causas mundiales de muerte de personas de 15-44 años y que para 2020 alcanzará 1,5 millones de muertes anuales. Cada 30 s se suicida una persona en el mundo y cada día hay alrededor de 3.000 eventos con aproximadamente 1 millón de suicidios consumados al año³. Estas cifras sitúan el suicidio como la duodécima causa de muerte en 2001, por encima de las muertes por otras causas violentas como homicidios (736.000) o conflictos bélicos (588.000)¹¹. Esto lo sitúa como la quinta causa de carga total de enfermedad, medido como años de vida ajustados por discapacidad (AVAD), de la población entre 15 y 44 años¹², que representa el 1,4% de esta¹³.

Tabla 1 – Tasa de suicidios por 100.000 habitantes en 2012²⁶

País	Varones	Mujeres	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
Reino Unido	9,8	2,6	6,2
Estados Unidos	19,4	5,2	12,1
Venezuela	4,3	1,0	2,6

Estudios epidemiológicos

Los países desarrollados notifican altas tasas de mortalidad por esta conducta y ofrecen datos que se elevan por encima de 30 suicidios/100.000 habitantes y en algunos sobrepasan los 40. Canadá, Estados Unidos, Cuba y Venezuela registran las tasas más altas¹⁴.

En la tabla 1 se presentan las tasas de suicidio en diferentes países; se observa que Cuba es el país de Latinoamérica con la tasa más alta. En la tabla 2 se muestra la prevalencia en Colombia por años.

En 2013, los cinco departamentos con las tasas de suicidio por cada 100.000 habitantes más altas fueron Amazonas (6,7), Meta (6,2), Quindío (5,9), Putumayo (5,9) y Antioquia (5,2). Los municipios con más altas tasas por cada 100.000 habitantes son Puerto Arica, en Amazonas (72,99), el municipio de Maceo, en Antioquia (71,21), San Luis de Cubarral, en Meta (17,25), Filandia, en Quindío (22,54) y Puerto Asís, en Putumayo (16,96). Los departamentos con el mayor número de casos registrados son Antioquia (329), Bogotá (236), Valle del Cauca (158), Cundinamarca (116) y Santander (86). Las ciudades capitales con el mayor número de casos son Bogotá (236), Medellín (124), Cali (64), Barranquilla (56) e Ibagué (42)¹⁴.

Debido a la carga que las conductas suicidas generan en todo el mundo y con los reportes de tasa de suicidios en nuestro país, es necesario explorar cuáles son los factores o las variables que se asocian con esta conducta en nuestra población tomando como base la información recolectada en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015.

Métodos

La ENSM es una iniciativa del gobierno colombiano en asociación con COLCIENCIAS y la Pontificia Universidad Javeriana para actualizar el anterior estudio nacional de 2003. Es un estudio observacional con diseño de corte transversal que utilizó para el cálculo del tamaño muestral la muestra maestra de estudios de salud del Ministerio de Salud y Protección Social. Se realizó un muestreo probabilístico, con estratificación por sexo, grupos etarios y las regiones del país, con representación de cada uno de estos estratos. Para más información y una explicación detallada de la metodología utilizada, se puede consultar el protocolo del ENSM en la página *web* del Ministerio de Salud y Protección Social¹⁵.

La evaluación de la conducta suicida se realizó mediante el instrumento CIDI-CAPI (3.0) en su versión computarizada, la cual cuenta con un módulo específico acerca de conducta suicida, en el cual se indaga por ideación e intentos suicidas. El CIDI también realiza diagnóstico de enfermedades mentales como trastorno depresivo, trastorno afectivo bipolar, trastorno del espectro ansioso, abuso de sustancias psicoactivas y rasgos de personalidad. En el caso del consumo de alcohol, el instrumento utilizado fue el *Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT)*.

Todos los entrevistados también fueron encuestados por variables sociodemográficas mediante un cuestionario diseñado para la ENSM, así como escalas como el APGAR familiar y el índice de pobreza multidimensional (IPM), cuyas descripciones superan los alcances de este artículo. Los demás instrumentos utilizados se explican con mayor detalle en la página *web* del ministerio.

Tabla 2 – Epidemiología del suicidio en Colombia

Intento de suicidio	Varones		Mujeres		Total					
1993²⁷										
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					
2003¹⁹										
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 ¹⁴ (por 100.000 hab.)	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
	4,29	4,16	4,03	4,03	4,14	4,10	4,10	4,10	4,08	3,84

Resultados

Con respecto a la ideación suicida, se observa que el 5,5% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 4,5%-6,7%) de los varones y el 7,6% (IC95%, 6,6%-8,7%) de las mujeres han pensado en suicidarse. Planean suicidio el 2,7% (IC95%, 2,1%-3,0%) de las mujeres. No se presentan los datos de varones, ya que los resultados fueron imprecisos. Por su parte, se observa intento de suicidio en el 1,9% (IC95%, 1,4%-2,5%) de los varones y el 3,3% (IC95%, 2,6%-4,1%) de las mujeres.

Al indagar por el tipo de intento, se encuentra que el 55,6% (IC95%, 35,8%-50,6%) de las mujeres consideran que su primer intento de suicidio fue muy serio y que solo la suerte impidió que logaran su cometido. En la tabla 3 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.

Suicidio según la región

Se encuentran diferencias regionales en la proporción de adultos que han pensado en suicidarse. De tal manera que se

encuentra la más alta proporción en Bogotá (10,3%; IC95%, 7,6%-13,8%) y la más baja, en la región Atlántica (3,8%; IC95%, 3,0%-4,8%) (tabla 4).

En cuanto a los intentos de suicidio, en la región Atlántica se observó la más baja proporción de adultos que han intentado suicidarse (1,6%; IC95%, 1,1%-2,3%). Sin embargo, para este desenlace las proporciones fueron similares a las de las regiones Central, Oriental y Pacífica. Para este desenlace en particular, no es posible la comparación con Bogotá, ya que los resultados de la capital fueron imprecisos.

Suicidio y pobreza

La proporción de adultos en estado de pobreza multidimensional que han pensado en suicidarse es del 6,4% (IC95%, 4,7%-8,6%) y la de adultos sin situación de pobreza, del 6,6% (IC95%, 5,9%-7,4%).

Suicidio y edad

Se analizó la presencia de ideación, plan e intento de suicidio en adultos de dos grandes grupos etarios; el primero de 18 a 44 años y el segundo de 45 o más años.

Los resultados muestran una proporción de ideación suicida del 6,6% (IC95%, 5,7%-7,7%) en el grupo de 18-44 años y el 6,5% (IC95%, 5,3%-7,8%) de los mayores de 45 años. Por otra parte, la proporción de intento de suicidio es del 3,0% (IC95%, 2,4%-3,9%) en el primer grupo de edad y el 1,9% (IC95%, 1,5%-2,4%) en los mayores. En la población que ha realizado intentos de suicidio, se encuentra que el 50,2% (IC95%, 38,0%-62,3%) de los encuestados entre 18 y 44 años hicieron un último intento que puso en riesgo su vida y consideran que solo la suerte hizo que no lo logaran, frente al 46,7% (IC95%, 34,6%-59,2%) de los mayores de 45 años.

Suicidio y escolaridad

Los adultos con ningún tipo de escolaridad o con solo primaria tuvieron una proporción de pensamiento suicida del 6,6% (IC95%, 5,5%-7,8%), que fue del 7,3% (IC95%, 6,1%-8,7%) en el grupo con educación secundaria, el 5,0% (IC95%, 3,4%-7,3%) entre técnicos/tecnólogos y el 4,2% (IC95%, 2,6%-6,8%) entre los universitarios.

Se encuentra una proporción de adultos que han pensado en suicidarse del 6,6% (IC95%, 5,5%-7,8%) de los encuestados sin educación o con solo primaria. Al desagregar el intento suicida por escolaridad, se encuentra que el grupo en que hubo mayor número de intentos fue el de sin escolaridad o con solo primaria (2,6 intentos; IC95%, 1,6-2,4) y la más baja, en el grupo con educación universitaria (1,3; IC95%, 1,0-1,6), pero no se encontró tendencia entre la escolarización y el número de intentos suicidas (tabla 5).

Suicidio y estado civil

La proporción de adultos con ideación suicida fue del 6,5% (IC95%, 5,5%-7,7%) de las personas casadas, en unión libre o con relación de pareja, el 7,4% (IC95%, 5,6%-9,7%) de los separados, viudos o divorciados y el 6,3% (IC95%, 5,1%-7,7%) de los solteros. Con respecto a los intentos de suicidio, se encontró

Tabla 3 – Suicidio de adultos en la población colombiana por sexo

	Varones ^a	Mujeres
Adultos que han pensado en suicidarse	5,5 (4,5-6,7)	7,6 (6,6-8,7)
Adultos que han planeado suicidarse	^b	2,7 (2,1-3,5)
Adultos que han intentado suicidarse	1,9 (1,4-2,5)	3,3 (2,6-4,1)
Adultos que han planeado suicidarse (respecto a quienes han pensado en suicidarse)	36,0 (26,1-47,3)	35,9 (28,9-43,6)
Adultos que han intentado suicidarse (respecto a quienes han pensado en suicidarse)	33,9 (25,6-43,3)	43,0 (35,8-50,6)
Tipo de intento de suicidio (primer intento)		
«Hice un intento muy serio para matarme; solo la suerte hizo que no lo lograra»	^b	55,6 (35,8-73,7)
Tipo de intento de suicidio (último intento)		
«Hice un intento muy serio para matarme; solo la suerte hizo que no lo lograra»	51,0 (36,6-65,1)	48,2 (36,0-60,6)
«Mi intento fue una petición de ayuda, no quería morirme»	^b	23,8 (16,1-33,7)
Número de intentos de suicidio		
1 intento	54,3 (39,6-68,2)	65,0 (52,5-75,7)

^a Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

^b Coeficiente de variación > 20, por lo cual son imprecisas y no se reportan. Los valores expresan proporciones (%), con sus intervalos de confianza de 95%.

Tabla 4 – Suicidio de adultos de la población colombiana según región

	Central ^a	Atlántica ^a	Bogotá ^a	Oriental ^a	Pacífica ^a	Total ^a
Adultos que han pensado en suicidarse	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)
Adultos que han planeado suicidarse	2,1 (1,5-2,9)	^b	^b	^b	2,3 (1,7-3,2)	2,4 (1,9-3,0)
Adultos que han intentado suicidarse	2,6 (1,8-3,5)	1,6 (1,1-2,3)	^b	2,0 (1,4-2,8)	2,4 (1,8-3,3)	2,6 (2,1-3,1)
Adultos que han planeado suicidarse (respecto a quienes han pensado en suicidarse)	31,1 (22,8-40,8)	27,9 (18,5-39,8)	43,9 (28,7-60,3)	35 (23,2-49,0)	37,2 (27,8-47,7)	35,9 (30,0-42,4)
Adultos que han intentado suicidarse (respecto a quienes han pensado en suicidarse)	38,3 (28,8-48,7)	41,5 (30,4-53,5)	44,3 (29,7-60,0)	32 (22,3-43,6)	38,9 (29,3-49,3)	39,2 (33,5-45,2)

^a Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

^b Coeficiente de variación > 20, por lo cual son imprecisas y no se reportan.

Los valores expresan proporciones (%), con sus intervalos de confianza de 95%.

una proporción del 2,5% (IC95%, 1,9%-3,2%) de las personas con vínculo de pareja y del 2,4% (IC95%, 1,7%-3,3%) de los solteros.

Variables asociadas a la ideación suicida grave en adultos

La proporción de pacientes con cualquier trastorno mental fue del 14,6% (IC95%, 11,0%-19,2%) de los que tuvieron ideación suicida, mientras que, entre los que no se presenta esta ideación, solo el 3,2% (IC95%, 2,72%-3,8%) tenía algún trastorno mental. La proporción de entrevistados a los que se diagnosticó trastorno depresivo y ansioso que tuvieron ideas suicidas fue del 9,3% (IC95%, 6,29%-13,5%) y el 6,7% (IC95%, 4,6%-9,6%) respectivamente. Estos porcentajes de entrevistados con estos trastornos fue mucho menor en el grupo de los que no presentaron ideación suicida.

Al evaluar la presencia de ideación suicida dependiendo de los rasgos de personalidad limítrofe, se encontró que, entre aquellos con ideación suicida, la proporción de individuos con 3 a 5 rasgos de esta personalidad era del 27,7% (IC95%, 23,0%-32,9%) y con 6 o más rasgos, del 19,7% (IC95%, 15,4%-24,8%), mientras que en el grupo de los que no tuvieron ideación suicida, las proporciones de entrevistas con este número de

rasgos fueron del 13,9% (IC95%, 12,9%-15,1%) y el 3,5% (IC95%, 3,05%-4,11%).

El consumo de alcohol también se evaluó como posible factor de riesgo; sin embargo, en ninguna de las categorías de la clasificación del AUDIT se encontraron diferencias precisas en la muestra entre los grupos de ideación y ausencia de ideas suicidas debido a que los intervalos de confianza de ambos grupos se traslapan.

Por haber sufrido un evento traumático por conflicto armado sí presentó diferencia al momento de indagar por ideación suicida, ya que los que refirieron haber sufrido algún evento traumático fueron más prevalentes en el grupo de ideación suicida (12,3%) que en el de los que no la tuvieron (6,3%), sin embargo, debe interpretarse este dato con cautela debido a que su coeficiente de variación lo hace impreciso. Esta misma relación se encontró en las personas que sufrieron desplazamiento alguna vez en su vida, ya que fueron más prevalentes en el grupo con ideación suicida (15,2%) que en el que no la tuvo (25,8%). En la tabla 6 se presentan las variables más relevantes que podrían estar asociadas con ideación suicida grave.

Tabla 5 – Promedio de intentos de suicidio de adultos

Nivel educativo	Intentos de suicidio, media (IC95%)
Sin estudios/primaria	2,0 (1,6-2,4)
Secundaria	1,7 (1,5-2,0)
Técnico/tecnólogo	1,9 (1,2-2,6)
Universitario	1,3 (1,0-1,6)
Total	3,1 (2,2-4,0)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Discusión

En este estudio se encuentra, antes de controlar por factores de confusión, que no hay diferencia en la ideación suicida entre varones y mujeres de la muestra; sin embargo, en cuanto al intento de suicidio sí se observa mayor frecuencia en las mujeres (lo que concuerda con la literatura internacional¹⁶⁻¹⁸). Las frecuencias encontradas en este estudio son menores que las del último ENSM de 2003¹⁹; sin embargo, antes de concluir que efectivamente se cuenta en el país con una disminución en el reporte de ideación suicida, se debe tener en cuenta que son múltiples y muy complejas las variables psicológicas, políticas, económicas y sociales que pueden modificar la frecuencia de los comportamientos asociados al suicidio.

Tabla 6 – Distribución de variables en función de ideación suicida

Variable	Sin ideación suicida		Con ideación suicida	
	n	% (IC95%)	n	% (IC95%)
Cualquier trastorno mental	284	3,22 (2,7-3,8)	114	14,6 (11,0-19,2)
Problemas depresivos (SRQ+)	9.571	98,6 (98,2-98,9)	623	90,7 (86,5-93,7)
Trastorno depresivo	137	1,42 (1,11-1,82)	73	9,29 (6,29-13,5)
Trastorno de ansiedad	147	1,74 (1,40-2,15)	52	6,71 (4,63-9,63)
Evento traumático por conflicto	750	6,35 (5,72-7,05)	89	12,3* (8,04-18,4)
Rasgos límite de personalidad				
0	4.193	41,3 (39,8-42,8)	108	18,0 (13,5-23,6)
1-2	4.194	41,2 (39,7-42,7)	230	34,7 (29-40,8)
3-5	1.405	13,9 (12,9-15,1)	226	27,7 (23-32,9)
≥ 6	366	3,55 (3,05-4,11)	148	19,7 (15,4-24,8)
Rasgos de personalidad del grupo A				
0	3.980	38,7 (37,3-40,2)	137	16,6 (13,3-20,5)
1-2	4.649	46,4 (44,8-47,9)	272	40,2 (34,5-46,3)
3-5	1.529	14,9 (13,8-16,0)	303	43,2 (37,2-49,4)
Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida	822	15,2 (13,8-16,8)	121	25,8 (19,1-34,0)
Hogar urbano	7.702	76,9 (75,7-78,1)	575	82,6 (78,3-86,2)
Problemas de alcohol (AUDIT)				
Ninguno	8.397	80,0 (78,7-81,2)	572	79,0 (73,7-83,4)
Consumo excesivo	838	10,0 (9,05-11,1)	35	6,1* (3,52-10,4)
Bebedores de riesgo	886	9,43 (8,62-10,3)	94	13,1 (9,71-17,3)
Probable dependencia de alcohol	37	0,54 (0,30-0,97)	11	1,87 (0,92-3,74)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

* Coeficiente de variación > 20, por lo cual son imprecisas y no se reportan.

Las proporciones fueron ponderadas con los factores de expansión de la población.

Al analizar los resultados por región, se observa que la frecuencia más alta de ideación suicida se presenta en Bogotá, con diferencias al compararla con las de las regiones atlántica y pacífica; sin embargo, no hay diferencias al comparar la frecuencia de ideación suicida en Bogotá con las de las regiones oriental y central.

Los datos, antes de controlar por factores de confusión, no muestran diferencias en ideación suicida entre adultos en situación de pobreza y quienes no son pobres. En cuanto a la escolaridad, se encuentra la proporción más alta de ideación suicida entre las personas con secundaria completa. Por otra parte, las diferencias en ideación suicida e intento de suicidio no son muy pronunciadas en función al estado civil, si bien en los datos en bruto se encontró mayor proporción de ideación suicida entre las personas separadas, viudas o divorciadas.

Se observa mayor riesgo de ideación suicida grave en personas con trastorno mental, en particular depresión, trastornos de ansiedad y de rasgos limítrofes de la personalidad, tal y como se reporta en la literatura²⁰⁻²³, lo que confirma la necesidad de trabajar en actividades de prevención de manera prioritaria con la población ya identificada con enfermedad mental.

Se puede concluir 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.

A través del sistema de vigilancia epidemiológica, se da seguimiento a una franja de la población con riesgo suicida en aras de minimizar el riesgo, pero aún no se conoce el

impacto de estas medidas a largo plazo, por lo que se requieren estudios en regiones diversas en este campo que permitan evaluar el impacto de las intervenciones que están realizando las secretarías de salud.

En los datos en bruto se identificó asociación de la condición de desplazamiento con la presencia de ideación suicida grave, por lo que se debe proveer atención en salud mental a esta población con el fin de detectar e intervenir en los casos de mayor riesgo^{24,25}. La presencia de eventos traumáticos asociados a conflicto armado también podría asociarse con mayor riesgo de ideación suicida, pero este hallazgo debe interpretarse con cautela por la presencia de coeficiente de variación > 20. Este tema debe ser analizado más en profundidad en el escenario posconflictual al que muy probablemente nos estaremos enfrentando en el futuro cercano.

Por otra parte, los datos indican la necesidad de reforzar las intervenciones para prevención de suicidio en los centros urbanos dirigidos a adultos independientemente de la edad.

Se debe tener en cuenta la limitación de este estudio, por ser de corte transversal, en la imposibilidad de identificar con certeza nexos causales entre las variables analizadas y la conducta suicida. Se requiere la realización de estudios con seguimientos longitudinales que permitan aproximarse más a una comprensión del fenómeno.

Conclusiones

La conducta suicida tiene un impacto muy importante en el ámbito individual, familiar y colectivo, por lo que se requiere

la futura realización de modelos que permitan controlar por factores de confusión, de tal manera que se pueda identificar las variables más fuertemente asociadas a la ideación, el plan y el intento de suicidio para identificar grupos de riesgo como pacientes con trastornos mentales, con el fin de diseñar estrategias que impacten en la reducción de esta importante causa de morbilidad en la población colombiana.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Financiación

Este estudio fue financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), contrato 762-2013.

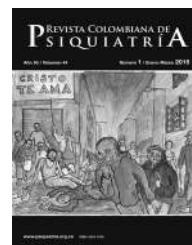
Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con este estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- WHO. The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1993. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
- OPS. Informe mundial sobre la violencia y la salud [Internet]. Washington: United Nations; 2003. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/725/9275315884.pdf?sequence=1>
- Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Forensis 2007. Datos para la vida [Internet]. 1.a ed. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2007. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33997/7+Suicidio.pdf/8cc94f6d-7b9c-4e2c-a949-e42fc6525951>
- Pelkonen M, Marttunen M. Child and adolescent suicide: epidemiology, risk factors, and approaches to prevention. *Paediatr Drugs*. 2003;5:243-65.
- 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;8:76-83.
- Gómez-Restrepo C, Rodríguez Malagón N, Romero D, Pinilla GC, López LE. Suicidio y lesiones autoinfligidas. Colombia, 1973-1996. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2002;31:123-36.
- 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;12:713-21.
- 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;382:1575-86.
- 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;13:143-54.
- 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;293:707-14.
- OMS. El suicidio, un problema de salud pública enorme y sin embargo prevenible, según la OMS [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 4 Mar 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr61/es/>
- WHO. The world health report 2001 — Mental health: new understanding, new hope [Internet]. Geneva: WHO; 2014 [citado 25 May 2014]. Disponible en: <http://www.who.int/whr/2001/en/>
- 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*. 2009;13(1) [Internet]. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol13.1.09/san05109.htm>
- Cifuentes S. Comportamiento del suicidio, Colombia, 2013 [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2013. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/188820/FORENSIS+2013+3-+suicidio.pdf/65a683b4-38b2-46a4-b32a-f2a0884b25bf>
- Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 22 Oct 2015]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf
- Beautrais AL, Wells JE, McGee MA, Oakley Browne MA, New Zealand Mental Health Survey Research Team. Suicidal behaviour in Te Rau Hinengaro: the New Zealand Mental Health Survey. *Aust N Z J Psychiatry*. 2006;40:896-904.
- Nock MK, Borges G, Bromet EJ, Alonso J, Angermeyer M, Beautrais A, et al. Cross-national prevalence and risk factors for suicidal ideation, plans and attempts. *Br J Psychiatry J Ment Sci*. 2008;192:98-105.
- Rodrigues Ferreira E, Gomes Aragão R, Moraes Reis JF, Neres Reis GE, Ferreira Santana F, Tavares Alves MN, et al. Suicide in the world: an overview of prevalence and its risk factors. *Int Arch Med*. 2015;8 [citado 21 Ene 2016]. Disponible en: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1312>
- 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>
- Oumaya M, Friedman S, Pham A, Abou Abdallah T, Guelfi J-D, Rouillon F. Borderline personality disorder, self-mutilation and suicide: literature review. *L'Encéphale*. 2008;34:452-8.
- Espinosa JJ, Blum Grynberg B, Romero Mendoza MP. Riesgo y letalidad suicida en pacientes con trastorno límite de la personalidad (TLP), en un hospital de psiquiatría. *Salud Ment*. 2009;32:317-25.
- Joyce PR, Light KJ, Rowe SL, Cloninger CR, Kennedy MA. Self-mutilation and suicide attempts: relationships to bipolar

- disorder, borderline personality disorder, temperament and character. *Aust N Z J Psychiatry*. 2010;44:250-7.
23. Ferrari AJ, Norman RE, Freedman G, Baxter AJ, Pirkis JE, Harris MG, et al. The burden attributable to mental and substance use disorders as risk factors for suicide: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *PLoS One*. 2014;9:e91936.
24. Borges G, Breslau J, Su M, Miller M, Medina-Mora ME, Aguilar-Gaxiola S. Immigration and suicidal behavior among Mexicans and Mexican Americans. *Am J Public Health*. 2009;99:728-33.
25. Getanda EM, Papadopoulos C, Evans H. The mental health, quality of life and life satisfaction of internally displaced persons living in Nakuru County, Kenya. *BMC Public Health*. 2015;15:755.
26. WHO. Global Health Observatory data repository [Internet]. Geneva: WHO; 2015 [citado 4 Mar 2015]. Disponible en: <http://apps.who.int/gho/data/node.main.MHSUICIDE?lang=en>
27. Torres Y, Posada J, Rojas MC. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf



Artículo original

Consumo de alcohol en la población colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Ricardo Andrés de la Espriella Guerrero^a, Viviana Rodríguez^b, Carlos J. Rincón^b,
Diana Cabrera Morales^a, Sandy Johanna Pérez Rodríguez^a y Carlos Gómez-Restrepo^{b,*}

^a Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de noviembre de 2015

Aceptado el 3 de mayo de 2016

On-line el 9 de julio de 2016

Palabras clave:

Etanol

Alcoholismo

Encuesta de salud

Psicometría

R E S U M E N

Introducción: La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 indagó en Colombia, entre otros asuntos, sobre el de consumo de alcohol de las personas entre 12 y 17 años y de 18 y más años. Se presentaron los datos según edad y región, sin realizar cruces con otras variables de salud mental, problemas, trastornos, acceso a servicios, estados de salud y su valoración.

Objetivo: Evaluar la prevalencia del consumo de alcohol en la población colombiana de edad ≥ 12 años teniendo en cuenta las variables sociodemográficas y el cribado clínico.

Métodos: Análisis secundario de base de datos de la ENSM 2015; constituyeron la muestra 15.231 personas de 12 a 96 años de 13.200 hogares de cinco regiones del país (Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica). Se usó el *Alcohol and Use Disorder Identification Test*, corto y completo (AUDIT y AUDIT-C), con análisis estratificado según puntuación y otras variables incluidas en la encuesta.

Resultados: El 2,7% de los menores estudiados entran en la categoría de bebedor de riesgo. El mayor porcentaje de bebedores de riesgo se ubica en la franja de 18 a 44 años, con clara mayoría de varones.

Conclusiones: El estudio encuentra que un AUDIT-C positivo en mayores de edad se asocia con mayor porcentaje de no presentar síntomas ansiedad y menos problemas de ansiedad, eventos traumáticos y eventos traumáticos por conflicto armado reportados. Esto requiere más estudios. Las personas adultas con AUDIT-C positivo tienen mayor percepción de bienestar, aunque también se halla mayor porcentaje de hogares en estado de pobreza. El estudio de factores individuales, sociales, familiares y ambientales en poblaciones específicas se debe desarrollar para realizar intervenciones más adecuadas.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.05.002>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Alcohol Consumption in the Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:

Ethanol
Alcoholism
Health care survey
Psychometrics

Introduction: National Survey of Mental Health (ENSM) in 2015 in Colombia asks, among other conditions, about alcohol consumption in people 12-17 years old, and 18 and older. Data were presented by age and region, with no cross-references to other categories of mental health problems, disorders, access to services, and health status.

Objective: To assess alcohol consumption in Colombia, taking into account sociodemographic and clinical screening categories included.

Methods: Secondary database analysis, sample size: 15,231 people from 13,200 households of five regions (Atlantic, Bogotá, Central, Eastern, and Pacific), with an age range from 12 to 96 years. AUDIT and AUDIT-C were used and stratified according to score and other variables included in the survey analysis.

Results: The high-risk drinking category was observed in 2.7% of children studied, with the highest percentage of drinking risk lying in the range of 18 to 44 years, with a clear majority of men.

Conclusions: The study finds that a positive AUDIT-C in adults is associated with a higher percentage of non-anxiety, less anxiety problems, and traumatic events and traumatic events related to armed conflict. This requires further studies. Adults with positive AUDIT-C have a greater perception of well-being, but also a higher percentage of households in poverty. The study of individual, social, family and environmental factors in specific populations should be developed in order to make more appropriate interventions.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

El alcohol es la segunda sustancia psicotrópica activa más usada en el mundo, luego de la cafeína, y es un factor de riesgo de muerte y discapacidad temprana¹. Este tipo de trastorno tiene un alto grado de asociación con enfermedades mentales, traumatismos, enfermedades como coronariopatías, cirrosis hepática, epilepsia, cáncer (hepático, colorrectal, mamario, laríngeo, faríngeo y esofágico). Tiene impacto en el grado de discapacidad, lo cual afecta al funcionamiento familiar, económico y social de los individuos². El consumo de alcohol también está relacionado con agresiones y situaciones de violencia, comisión de actos criminales, intentos suicidas y suicidios consumados y uso de otro tipo de sustancias psicoactivas³.

Se ha encontrado mayor riesgo de accidentes de tránsito bajo los efectos del alcohol; las concentraciones plasmáticas de la sustancia están relacionadas con casos de mayor gravedad e incluso fatales. La encefalopatía de Wernicke se presenta hasta en el 12,5% de los casos con consumo en patrón de abuso o dependencia de alcohol⁴.

El impacto mundial del consumo de alcohol se refleja en el hecho de que esta sustancia causa 3,3 millones de muertes al año², es decir, el 5,9% de todas las defunciones.

Estudios epidemiológicos

En la Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2008⁵, se estableció que 1 de cada 15 colombianos abusa del alcohol, en mayor proporción entre los varones (5:1). Las

mayores prevalencias, ajustada por el consumo de riesgo o perjudicial, se encuentra en Medellín, San Andrés y Providencia, Córdoba, Chocó, La Guajira, Nariño y Sucre⁶.

La Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas de 2008 encontró que 61% de los colombianos de 12-65 años ha consumido alcohol en el último año⁵. La edad promedio de inicio de consumo de alcohol es de 10 años los varones y 11 años las mujeres⁷.

En el estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia de 2013, se encontró que el 87% había consumido alcohol alguna vez en su vida y, de estos, el 35,8% en los últimos 30 días, más frecuente entre los varones que entre las mujeres (el 91 frente al 83%). Las mayores proporciones de sujetos con consumo de alcohol perjudicial o de riesgo se encuentra en los jóvenes de 18-24 años (49,2%) y los de 25-34 años (45,4%). Cabe anotar que se ha encontrado aumento del consumo de alcohol en niveles socioeconómicos altos⁸.

Un estudio doble estudiantes universitarios de 16-39 años en Medellín encontró que el 62% hacía un consumo de riesgo, el 31% tenía síntomas de dependencia y el 7%, consumo perjudicial. Se encontró que el consumo de alcohol era más frecuente entre los estudiantes que durante su tiempo libre tenían otro tipo de ocupaciones diferentes de estudiar, quienes tenían sus necesidades básicas satisfechas debido a su situación económica, pero insatisfechos con el apoyo familiar⁹.

Definición

Las evaluaciones poblacionales de consumo de alcohol se centran en el consumo por unidad de tiempo y cantidad de bebida estándar (trago, copa, botella); el consumo problemático de

alcohol depende de la cantidad o el tipo de bebida, la Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como un consumo habitual de alcohol de 20-40 g/día las mujeres y 40-60 g/día los varones¹⁰. Los sujetos que presentan este tipo de consumo pueden manifestar un deseo intenso de conseguir la bebida o incluso un fracaso en los intentos por controlar el consumo, pese a conocer su uso problemático⁴.

Las escalas utilizadas en la ENSM 2015, AUDIT y AUDIT-C, dividen el consumo de alcohol por unidades de bebida y tiempo:

- Consumo de riesgo: uso inadecuado y persistente del alcohol en el que se evidencia riesgo de algún efecto adverso para la salud.
- Consumo perjudicial: cuando se presentan consecuencias para la salud física y también para la salud mental.
- Dependencia del alcohol: enmarca fenómenos de la conducta, cognitivos y fisiológicos por los que el sujeto invierte mucho tiempo en las actividades relacionadas con el consumo^{4,11}. La OMS define el alcoholismo o dependencia al alcohol como un trastorno crónico debido al consumo de bebidas alcohólicas, en cantidades superiores a lo previsto o durante largo tiempo, que causa deterioro e interfiere con la salud y el funcionamiento social, laboral, personal y económico del individuo^{1,5}.

Estas categorías, útiles para la caracterización poblacional, deben complementarse en cada caso particular con criterios clínicos que evalúen el examen físico, neurológico y mental, así como el patrón de consumo y criterios relacionados, como abstinencia, tolerancia y dependencia.

Factores asociados

Entre los factores de riesgo de sufrir un trastorno por consumo de alcohol se encuentran: antecedente personal de enfermedad mental, uso de otra sustancia psicoactiva, problemas durante la infancia, dinámica familiar y modelos de crianza, experiencias emocionalmente perturbadoras y enfermedades no psiquiátricas crónicas¹.

Según la OMS, se han identificado además factores ambientales como el nivel de desarrollo de una población, la cultura y la disponibilidad de alcohol. Cuanto más vulnerable sea el individuo y más factores de riesgo reúna, tendrá más probabilidad de sufrir problemas relacionados con el consumo de alcohol¹.

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 de depresión entre 2 y 3 veces mayor si hay dependencia del alcohol, de modo que es una comorbilidad bidireccional. De los sujetos con antecedentes de trastornos de ansiedad, hasta el 12% tiene trastorno por consumo de alcohol y además pueden empeorarse los trastornos del sueño. Cuando los pacientes con diagnóstico de esquizofrenia hacen consumo de alcohol con patrón de riesgo, los síntomas de la enfermedad psiquiátrica de base empeoran y se altera la evolución clínica de estos pacientes. La prevalencia de esquizofrenia en personas con abuso de alcohol es del 9,7% anual, y con dependencia es del 24% anual⁴.

Situación en la población mayor

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2003, tanto varones como mujeres de 60-65 años tenían tasas de consumo de 1,04; la encuesta no incluyó a población mayor de 65 años⁶.

Si bien en los ancianos los trastornos por consumo de alcohol son comunes y se asocian con múltiples problemas de salud¹², faltan datos específicos de estos en adultos mayores, que muestran formas de presentación atípicas como caídas, confusión, comportamiento extraño o depresión. Los trastornos por consumo de alcohol de los ancianos pueden estar enmascarados por problemas psiquiátricos o no psiquiátricos, lo cual lleva a altos niveles de falta de detección y diagnósticos erróneos¹².

Las estimaciones de la prevalencia de problemas relacionados con alcohol en ancianos se sitúan en un 1-6% de la población general, un 7-22% de los pacientes en hospitalización general y un 28-44% de los pacientes psiquiátricos hospitalizados; el 15% de los varones y el 12% de las mujeres ancianos en cuidado primario admiten consumo de alcohol superior a los límites recomendados por el *National Institute of Alcohol Abuse and Alcoholism* (> 7 tragos/semana las mujeres y > 14 tragos/semana los varones)¹³.

Para los ancianos, los factores de riesgo de consumo de alcohol son los mismos que para la población general: sexo masculino, baja educación, bajo ingreso económico e historia de otros trastornos psiquiátricos, particularmente depresión¹⁴. La comorbilidad de alcoholismo y trastornos psiquiátricos en el anciano es de un 10-15%¹⁴.

ENSM 2015

En 2015 el Ministerio de Salud y Protección Social y COLCIENCIAS realizaron la cuarta ENSM en Colombia, dentro del Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para Salud de Colombia¹⁵. Se realizó selección polietápica por municipios incluyendo áreas urbanas y rurales de cinco regiones: Atlántica (Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Sucre, Magdalena, San Andrés), Oriental (Amazonas, Arauca, Boyacá, Casanare, Cundinamarca, Guainía, Guaviare, Meta, Norte de Santander, Putumayo, Santander, Vaupés y Vichada), Central (Antioquia, Caldas, Caquetá, Huila, Quindío, Risaralda y Tolima), Pacífica (Cauca, Chocó, Nariño y Valle) y Bogotá (Bogotá)¹⁵.

Se incluyeron 110 unidades primarias de muestreo, con 22 municipios de inclusión forzosa por su tamaño, 1.038 unidades secundarias de muestreo y segmentos de 12 viviendas continuas como unidades terciarias de muestreo. La muestra fue de 15.351 personas residentes en 13.200 hogares, con edades entre 7 y 96 años, divididos en categorías de 7-11 y 12 y más años¹⁵.

Se considera importante realizar un análisis secundario de la base de datos de la ENSM 2015 con respecto al consumo de alcohol, buscando asociación del consumo con variables sociodemográficas, de salud mental, problemas de salud, trastornos, acceso a servicios y de estados de salud y su valoración.

Teniendo en cuenta el problema ya mencionado de lo que representan el consumo de alcohol y los efectos nocivos que causa, es necesaria la evaluación de los problemas relacionados con el consumo de alcohol. En consecuencia, el objetivo

de este estudio es evaluar la prevalencia de consumo de alcohol de la población colombiana de 12 y más años y estimar las prevalencias en situaciones o condiciones en que dicha población vive y que puedan facilitar la creación de políticas en salud pública dirigidas a intervenir en dichos elementos

Material y métodos

Este es un análisis secundario de la base de datos de la ENSM 2015, que tiene un tamaño muestral de 15.231 personas de 13.200 hogares en las cinco regiones del país (Atlántica, Bogotá, Central, Oriental y Pacífica).

En este reporte se incluyen los datos de personas de 12 y más años, quienes previo consentimiento respondieron a la encuesta. Se excluyó a las personas de 7 a 11 años.

Los instrumentos usados fueron el AUDIT-C y AUDIT¹⁰ para identificar patrones del consumo de alcohol, se usó una aproximación del Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST)¹⁶ para detectar el consumo de cigarrillos, marihuana y otras sustancias. Igualmente se utilizó el APGAR familiar¹⁷ para indagar la funcionalidad familiar; el Composite International Diagnostic Interview, computer assisted (CIDI-CAPI)¹⁸ adaptado al contexto colombiano, que permite mantener la comparabilidad con otros estudios y facilitar el contratarse con los resultados del estudio de 2003; el EuroQUOL Five Dimension Questionnaire (EQ5D)¹⁹, que pretende medir la calidad de vida relacionada con la salud física psicológica y social; el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP)²⁰, que funciona como indicador de la privación de los hogares y observa aspectos de pobreza distintos de la monetaria; la Posttraumatic Stress Disorder Checklist, version C (PCL-C)²¹, para determinar los síntomas predominantes de los resectivos trastornos, y el Self Report Questionnaire (SRQ)²², el cual permite apuntar a un probable origen psicopatológico del problema sin basarse exclusivamente en un diagnóstico.

Debido a que la ENSM se realiza con muestra, se analiza el coeficiente de variación estimado (CVE); se considera que con un valor < 20% se puede realizar inferencia estadística a

la población colombiana. La descripción detallada de la metodología se explica en el protocolo del estudio, que se puede revisar en la página web del Ministerio de Salud y Protección Social.

En la ENSM se incluyeron los instrumentos AUDIT-C y AUDIT, siguiendo las recomendaciones de la OMS. La puntuación AUDIT-C se considera negativa si es ≤ 3 y positivo si es ≥ 4 . A quienes presentaron AUDIT-C positivo se les realizó AUDIT completo, y los resultados se consideran²²⁻²⁵:

- Con bajo riesgo de consumo de alcohol: varones, 0-7 puntos; mujeres, 0-5 puntos.
- Bebedor de riesgo: varones, 8-19 puntos; mujeres, 6-19 puntos.
- Con consecuencias graves, posiblemente dependiente: ≥ 20 puntos.

Plan de análisis de datos

Se analizaron los resultados teniendo en cuenta los diferentes grupos etarios, el sexo y la región. Asimismo, las personas que puntuaron positivo en AUDIT-C y las categorías sin problemas, con consumo de riesgo y con posible dependencia; se presentan las prevalencias generales y según las otras variables consideradas y según los instrumentos utilizados en la ENSM.

Resultados

La aplicación de AUDIT-C y AUDIT a quienes tuvieron puntuaciones ≥ 4 estableció los siguientes datos sobre la población colombiana según edad, sexo y región (tabla 1).

En el conjunto de varones y mujeres de 12 a 17 años estudiados en la encuesta se encontró que el 2,8% presenta problemas relacionados con el alcohol. No hubo datos con suficiente validez inferencial para considerar probable dependencia alcohólica en este grupo de edad.

Para la muestra de personas de 18 a 44 años, se encuentra en la categoría de bebedores de riesgo al 16% de los varones

Tabla 1 – Cribado de problemas de abuso o dependencia del alcohol en la población Colombiana según edad y sexo

AUDIT	Varones	Mujeres	Total
12-17 años			
No hay problemas relacionados con el alcohol	96,1 (94,2-97,4)	97,9 (96,6-98,8)	97,0 (95,9-97,8)
Bebedor de riesgo	^a	^a	2,8 (2,0-3,9)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	^a	^b	^a
18 a 44 años			
No hay problemas relacionados con el alcohol	82,9 (81,1-84,6)	90,8 (89,6-91,8)	87,5 (86,5-88,4)
Bebedor de riesgo	16,0 (14,4-17,8)	9,1 (8,0-10,3)	12,0 (11,0-13,0)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	^a	^a	^a
≥ 45 años			
No hay problemas relacionados con el alcohol	88,8 (87,0-90,3)	96,8 (96,0-97,5)	93,7 (92,8-94,4)
Bebedor de riesgo	10,3 (8,9-12,0)	3,2 (2,5-4,0)	6,0 (5,3-6,8)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	^a	^b	^a

^a Las estimaciones son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial, dado que tienen un coeficiente de variación > 20%.

^b Las estimaciones corresponden a casos en los que no se encontró frecuencia alguna.

Los valores expresan % (intervalo de confianza del 95%).

Tabla 2 – Cribado de problemas de abuso o dependencia del alcohol en la población colombiana según edad y región

AUDIT-C	Atlántica	Central	Oriental	Pacífica	Bogotá
12 a 17 años					
No hay problemas relacionados con el alcohol	97,8 (95,5-99,0)	97,6 (94,6-98,9)	96,2 (93,3-97,9)	96,9 (93,6-98,5)	96,6 (93,0- 98,4)
Bebedor de riesgo	a	a	a	a	a
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	a	b	b	b	b
18 a 44 años					
No hay problemas relacionados con el alcohol	89,1 (87,1-90,8)	89,0 (86,6-91,0)	85,6 (83,3-87,6)	92,5 (90,5-94,1)	78,7 (75,2-81,8)
Bebedor de riesgo	10,5 (8,8-12,5)	10,4 (8,5-12,7)	13,9 (12,0-16,2)	7,1 (5,6-9,1)	20,5 (17,4-23,9)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	a	a	a	a	a
≥ 45 años					
No hay problemas relacionados con el alcohol	94,0 (92,0-95,6)	93,9 (91,9-95,4)	93,4 (91,6-94,9)	94,8 (93,0-96,2)	92,0 (89,6-93,9)
Bebedor de riesgo	5,7 (4,2-7,7)	5,6 (4,2-7,5)	6,3 (4,8-8,1)	4,9 (3,5-6,7)	7,6 (5,8-10,0)
Problemas psicofísicos con la bebida y probable dependencia alcohólica	a	a	a	a	a

^a Las estimaciones son imprecisas y no se publican por carecer de validez inferencial, dado que tienen un coeficiente de variación > 20%.

^b Las estimaciones corresponden a casos en los que no se encontró frecuencia alguna. Los valores expresan % (intervalo de confianza del 95%).

(intervalo de confianza del 95% [IC95%], 14,4%-17,8%) y el 9,1% de las mujeres (IC95%, 8,0%-10,3%), lo cual evidencia una diferencia significativa. Para este grupo de edad, no se encontraron datos con validez inferencial en la categoría de probable dependencia alcohólica.

Para las personas de edad ≥ 45 años, se encuentra que puntúan en categoría de bebedor de riesgo el 10,3% (IC95%, 8,9%-12,0%) de los varones y el 3,2% (IC95%, 2,5%-4,0%) de las mujeres. Mostraba probable dependencia el 6% del grupo de varones y mujeres, pero estos datos no cuentan con suficiente validez debido a sus altos coeficientes de variación.

En cuanto a los resultados por regiones (tabla 2), se observan porcentajes similares en el grupo de 12-17 años en las cinco regiones estudiadas, sin datos con validez inferencial para las categorías de bebedor de riesgo y probable dependencia alcohólica.

En el grupo de 18-44 años, en la categoría de bebedor de riesgo se encontró que la región con menor prevalencia es la Pacífica, con el 7,1% (IC95%, 5,6%-9,1%) y las de mayor prevalencia, la región oriental (13,9%; IC95%, 12,0%-16,2%) y Bogotá (21,3%; IC95%, 17,4%-23,9%). No hubo datos con validez inferencial para la categoría de posible dependencia al alcohol en este grupo de edad.

En el grupo de mayores de 45 años, los resultados arrojaron que en la categoría de bebedor de riesgo hay porcentajes similares en las diferentes regiones; la de menor prevalencia es la región Pacífica (4,9%; IC95%, 3,5%-6,7%) y la de mayor, Bogotá (7,6%; IC95%, 5,8%-10,0%). No hubo datos con validez inferencial para la categoría de probable dependencia al alcohol en este grupo de edad.

En cuanto a escolarización, en el grupo de 12-17 años se encuentra que han reportado consumo de bebidas alcohólicas el 18,5% (IC95%, 16,3%-20,8%) del grupo de escolarizados y el 31% (IC95%, 24,8%-38,0%) del grupo de no escolarizados. La prevalencia de consumo en los últimos 12 meses fue del 15,7% (IC95%, 13,7%-18,0%) de los escolarizados y el 29,6% (IC95%, 23,5%-36,6%).

En cuanto a la situación de pobreza, en el grupo de 12 a 17 años se encuentra una prevalencia de vida de consumo de alcohol similar (20,4%) entre las personas en situación de pobreza y sin situación de pobreza; con similares prevalencias de consumo en los últimos 12 meses (el 17,9 y el 17,6% respectivamente).

En el grupo de 18-44 años, la prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas fue del 45,4% (IC95%, 42,5%-48,3%) de las personas en situación de pobreza y el 45,9% (IC95%, 44,2%-47,6%) de los que no están en situación de pobreza; las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses fueron del 42,6 y el 42,5% respectivamente.

Con respecto al estado civil, en el grupo de 18-44 años, los porcentajes fueron similares en la prevalencia de vida de consumo de bebidas alcohólicas en el grupo de casados, en unión libre y quienes conviven con su pareja (43,2%), comparados con los grupos de separados, viudos y divorciados (48,8%) y solteros (48,7%). Las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses fueron del 39,5, el 45,6 y el 46,1%.

El grupo de edad ≥ 45 años presentó prevalencias de vida de consumo de bebidas alcohólicas del 34,9% (IC95%, 31,1%-38,9%) de las personas en situación de pobreza y el 32,6% (IC95%, 31,0%-34,3%) de los que no estaban en situación de pobreza. Las prevalencias de consumo en los últimos 12 meses fueron del 29,4 y el 26,7%.

En cuanto a estado civil de las personas de 45 y más años, las prevalencias de vida de consumo de bebidas alcohólicas fueron del 34,4% (IC95%, 32,4%-36,5%) del grupo de casados, en unión libre y quienes conviven con su pareja, el 30,7% del grupo de separados, viudos y divorciados y el 32,3% del de solteros.

Las prevalencias de consumo en los 12 últimos meses fueron del 29% (IC95%, 27%-31%) del grupo de casados, en unión libre y quienes conviven con su pareja, el 24,2% del grupo de separados, viudos y divorciados y el 26,6% del de solteros.

Al comparar a las personas con AUDIT-C negativo y los que tuvieron puntuación ≥ 4 , se encuentra que en el grupo de 12-17 años no hubo diferencias significativas en nivel educativo

Tabla 3 – AUDIT-C en la población colombiana de 12 a 17 años

	AUDIT-C	
	Positivo	Negativo
Nivel educativo de la madre		
Ninguno/Primaria	42,8 (30,2-56,5)	38,5 (35,2-41,9)
Secundaria	46,8 (33,7-60,3)	46,7 (43,3-50,2)
Técnico/Tecnólogo	3,44 (1,36-8,42)	8,02 (6,20-10,3)
Universitario	6,93 (2,61-17,1)	5,89 (4,39-7,86)
No sabe	0	0,88 (0,48-1,60)
Nivel educativo del padre		
Ninguno/Primaria	49,1 (35,7-62,7)	41,7 (38,3-45,2)
Secundaria	34,0 (22,3-48,1)	43,0 (9,6-46,5)
Técnico/tecnólogo	5,22 (2,08-12,5)	4,29 (3,14-5,84)
Universitario	4,71 (1,51-13,7)	6,55 (4,84-8,79)
No sabe	6,91 (2,93-15,4)	4,45 (3,23-6,11)
Personas con quienes convive		
Ambos padres	48,2 (34,6-62,0)	50,8 (47,3-54,3)
Madre	32,9 (21,8-46,2)	36,3 (33,0-39,8)
Padre	2,75 (0,82-8,83)	3,89 (2,93-5,15)
Ninguno	16,2 (8,74-28,0)	8,99 (6,95-11,5)
Apoyos		
Siempre	21,8 (13,1-34,0)	36,7 (33,4-40,2)
Casi siempre	11,3 (5,41-22,0)	18,4 (16,0-21,1)
Algunas veces	54,2 (40,9-66,9)	36,1 (33,0-39,4)
Nunca	12,7 (6,61-23,1)	8,70 (7,08-10,7)
Grupos en los que participa		
Ninguno	64,4 (50,6-76,2)	53,1 (49,7-56,5)
1 o más	35,6 (23,8-49,4)	46,9 (43,5-50,3)
APGAR		
Sin disfunción familiar	72,7 (58,3-83,5)	84,8 (82,3-86,9)
Disfunción familiar leve	14,3 (6,69-27,9)	9,67 (7,99-11,7)
Disfunción familiar moderada	8,64 (3,63-19,2)	3,51 (2,52-4,87)
Disfunción familiar grave	0,35 (82-9,9)	2,07 (1,34-3,18)
Ninguna de las anteriores	13,4 (6,87-24,5)	79,1 (75,9-81,9)
SPA vida		
Cigarrillo	5,70 (1,73-17,2)	1,27 (0,72-2,24)
Marihuana	24,6 (14,1-39,3)	1,68 (1,02-2,76)
Otras	3,11 (0,90-10,2)	0,68 (0,36-1,29)
SRQ positivo	23,5 (14,1-36,5)	11,9 (9,94-14,2)
Dimensión		
Sanos	72,8 (59,5-83,1)	84,7 (82,2-86,9)
Solo problema	20,9 (11,9-33,9)	11,0 (9,08-13,3)
Trastornos	6,29 (2,30-16,0)	4,29 (3,24-5,68)
SRQ depresión		
Problemas depresivos	98,2 (93,5-99,5)	99,0 (98,3-99,4)
Trastorno depresivo	1,82 (0,49-6,50)	0,99 (0,59-1,66)
SRQ ansiedad		
Sin problemas de ansiedad	35,1 (3,7-4,4)	49,2 (45,0-52,6)
Problemas de ansiedad	60,0 (46,5-72,1)	47,4 (44,0-50,8)
Trastorno de ansiedad	4,98 (1,51-15,2)	3,37 (2,42-4,67)
Intento de suicidio	2,36 (0,43-12,0)	2,48 (1,46-4,17)
Trastorno de ansiedad 12 meses	4,98 (1,51-15,2)	3,37 (2,42-4,67)

Tabla 3 – (continuación)

	AUDIT-C	
	Positivo	Negativo
Trastorno del afecto 12 meses	1,82 (0,49-6,50)	1,20 (0,76-1,90)
Cualquier trastorno 12 meses	6,29 (2,30-16,0)	4,29 (3,24-5,68)
Eventos traumáticos		
Ningún evento traumático	54,1 (40,7-66,9)	72,9 (69,9-75,7)
Un evento traumático	24,3 (15,3-36,3)	21,6 (19,1-24,4)
Dos eventos traumáticos	6,24 (2,52-14,6)	4,03 (2,88-5,61)
Tres eventos traumáticos	12,6 (5,53-26,3)	0,88 (0,53-1,45)
Cuatro o más eventos traumáticos	2,72 (0,38-16,8)	0,59 (0,30-1,17)
Trauma psicológico por evento traumático	19,0 (7,26-41,4)	10,8 (7,66-14,9)
EPT	16,1 (5,26-40,0)	2,32 (1,23-4,34)
Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida	12,9 (4,47-32,1)	17,1 (13,3-21,8)
Pobreza		
Hogares con acceso	12,1 (4,97-26,6)	14,3 (11,8-17,2)
Hogares no vulnerables a PMD	53,0 (39,6-65,9)	41,3 (38,0-44,7)
Hogares vulnerables a PMD	20,7 (12,1-33,1)	19,4 (17,0-22,1)
Hogares en estado de pobreza	14,2 (7,96-24,2)	24,9 (22,1-28,0)
Entorno de residencia		
Urbano	77,9 (62,8-88,0)	73,8 (70,6-76,7)
Rural	22,1 (12,0-37,2)	26,2 (23,3-29,4)
Los valores expresan % (intervalo de confianza del 95%).		

del padre o la madre; si vive o no con ambos padres, solo con la madre, solo con el padre o con ninguno; los apoyos percibidos; si participa o no en grupos; el APGAR familiar; los problemas o trastornos depresivos o ansiedad; los intentos de suicidio; el nivel de pobreza o la zona de procedencia (urbana o rural) (tabla 3).

Hubo diferencias significativas en el consumo de marihuana: el 24,6% (IC95%, 14,1%-39,3%) del grupo de AUDIT-C positivo y el 1,68% (IC95%, 1,02%-2,76%) del grupo de AUDIT-C negativo; también, un menor porcentaje sin antecedentes de evento traumático: el 54,1% (IC95%, 40,7%-66,9%) de las personas con AUDIT-C y el 72,9% de los del grupo con AUDIT-C negativo (IC95%, 69,9%-75,7%), y la presencia de tres eventos traumáticos en el primer grupo (12,6%; IC95%, 5,53%-26,3%) frente al segundo grupo (0,88%; IC95%, 0,53%-1,45%), lo mismo que para estrés postraumático, el 16,1% (IC95%, 5,26%-40,0%) y el 2,32% (IC95%, 1,23%-4,34%).

Al realizar el análisis con los puntos de corte de AUDIT en las categorías sin problema, bebedor de riesgo y con posible dependencia alcohólica, se encontró (tabla 4) que, en el grupo de menores de 18 años, los que se reportaron sin problemas con el alcohol tienden a participar más en grupos, aunque la

Tabla 4 – AUDIT en población colombiana de 12 a 17 años

Variables	Posible demencia	Bebedor de riesgo	Ningún problema	Total
Grupos en los que participa				
Ninguno	88,9 (42,0-98,9)	74,9 (57,3-87,0)	53,1 (49,8-56,5)	53,7 (50,4-57,0)
1 opción de respuesta	11,1 (1,1-58,0)	22,7 (11,3-40,2)	38,7 (35,5-42,0)	38,3 (35,1-41,6)
2 opciones de respuesta	0	2,4 (0,3-15,4)	6,2 (4,8-7,8)	6,1 (4,8-7,7)
3 opciones de respuesta	0	0	2,0 (1,4-3,0)	2,0 (1,3-2,9)
APGAR				
Sin disfunción familiar	88,9 (42,0-98,9)	86,2 (60,1-96,3)	84,1 (81,7-86,3)	84,2 (81,8-86,3)
Con disfunción familiar leve	11,1 (1,1-58,0)	11,8 (2,6-40,7)	9,9 (8,2-11,8)	9,9 (8,2-11,9)
Con disfunción familiar moderada	0	0,6 (0,1-4,0)	3,8 (2,8-5,2)	3,8 (2,8-5,1)
Con disfunción familiar grave	0	1,4 (0,4-5,1)	2,2 (1,4-3,4)	2,2 (1,4-3,3)
SPAvida				
Alcohol	0	48,6 (30,9-66,6)	18,4 (15,7-21,4)	19,0 (16,4-22,0)
Cigarrillo	0	6,5 (1,6-23,4)	1,4 (0,8-2,4)	1,5 (0,9-2,5)
Marihuana	44,4 (5,9-91,1)	27,8 (12,8-50,3)	2,1 (1,4-3,3)	2,8 (1,9-4,1)
Otras	44,4 (5,9-91,1)	4,7 (1,6-12,8)	0,6 (0,3-1,2)	0,8 (0,5-1,4)
Ninguna	11,1 (1,1-58,0)	12,5 (4,2-31,6)	77,4 (74,3-80,3)	75,9 (72,8-78,7)
SPA 12 meses				
0	0	73,0 (50,0-88,0)	92,7 (87,3-95,9)	90,1 (84,8-93,7)
Illegales	100	27,0 (12,0-50,0)	7,3 (4,1-12,7)	9,9 (6,3-15,2)
Dimensión				
Sanos	0	78,3 (63,1-88,4)	84,4 (81,9-86,6)	84,1 (81,7-86,3)
Solo problema	100	14,7 (6,9-28,7)	11,2 (9,3-13,5)	11,5 (9,6-13,7)
Trastornos	0	7,0 (2,5-18,2)	4,3 (3,3-5,7)	4,4 (3,3-5,7)
SQR que indica depresión				
Número de síntomas de depresión bajo	55,6 (9,0-94,1)	72,4 (51,1-86,9)	80,0 (77,3-82,5)	79,8 (77,1-82,3)
Número de síntomas de depresión medio	0	11,5 (4,2-27,7)	16,4 (14,2-18,9)	16,3 (14,1-18,7)
Número de síntomas de depresión alto	44,4 (5,9-91,1)	16,1 (5,1-40,7)	3,6 (2,5-5,2)	3,9 (2,8-5,6)
SQR que indica ansiedad				
Ningún síntoma	0	26,2 (13,8-44,1)	49,9 (46,6-53,3)	49,3 (46,0-52,6)
Número de síntomas de ansiedad bajo	44,4 (5,9-91,1)	36,4 (20,8-55,5)	35,3 (32,3-38,6)	35,4 (32,4-38,6)
Número de síntomas de ansiedad medio	11,1 (1,1-58,0)	29,8 (14,8-51,0)	10,4 (8,6-12,5)	10,8 (9,0-12,9)
Número de síntomas de ansiedad alto	44,4 (5,9-91,1)	7,5 (2,7-19,5)	4,4 (3,2-5,9)	4,5 (3,4-6,0)
Trastorno de ansiedad 12 meses				
No	100	96,5 (85,8-99,2)	96,5 (95,2-97,5)	96,6 (95,3-97,5)
Sí	0	3,5 (0,8-14,2)	3,5 (2,5-4,8)	3,5 (2,5-4,7)
Problemas de ansiedad				
Sin problema	0	26,2 (13,8-44,1)	49,1 (45,8-52,5)	48,5 (45,2-51,9)
Problemas	100	70,3 (52,4-83,6)	47,4 (44,1-50,8)	48,0 (44,7-51,3)
Trastorno	0	3,5 (0,8-14,2)	3,5 (2,5-4,8)	3,5 (2,5-4,7)
Problemas de depresión				
Problemas	100	95,4 (86,0-98,6)	99,0 (98,4-99,4)	99,0 (98,3-99,4)
Trastorno	0	4,6 (1,4-14,0)	1,0 (0,6-1,6)	1,0 (0,6-1,7)
Eventos traumáticos				
No han sufrido evento traumático alguno	0	53,4 (35,4-70,6)	72,5 (69,6-75,3)	72,0 (69,0-74,7)
Un evento traumático	100	29,9 (17,5-46,2)	21,4 (18,9-24,1)	21,8 (19,3-24,4)
Dos eventos traumáticos	0	4,9 (1,5-15,3)	4,1 (3,0-5,7)	4,1 (3,0-5,7)
Tres eventos traumáticos	0	11,7 (3,5-32,7)	1,2 (0,7-2,0)	1,5 (0,9-2,3)
Cuatro o más eventos traumáticos	0	0	0,7 (0,4-1,4)	0,7 (0,4-1,4)

Los valores expresan % (intervalo).

diferencia con las otras categorías no es significativa. No hay diferencias significativas en APGAR familiar.

El consumo de cigarrillo en el grupo de 12 a 17 años muestra que, en la categoría sin problemas, es del 1,4% (IC95%, 0,8%-2,4%) y en la categoría de riesgo, del 6,5% (IC95%, 1,6%-23,4%). Sobre el consumo de marihuana, se encuentra que en la categoría sin problemas es del 2,1% (IC95%, 1,4%-3,3%) y en el

grupo bebedor de riesgo, del 27,8% (IC95%, 12,8%-50,3%). Sobre el consumo de otras sustancias, los de la categoría sin problemas tuvieron una prevalencia del 0,6% (IC95%, 0,3%-1,2%) y los bebedores en riesgo, del 4,7% (IC95%, 1,6%-12,8%). Para la categoría ninguna sustancia, puntuaron como sin problemas el 77,4% (IC95%, 74,3%-80,3%) y como bebedor de riesgo, el 12,5% (IC95%, 4,2%-31,6%).

No hubo diferencias significativas en depresión entre las diferentes categorías de puntuación del AUDIT.

En cuanto a ansiedad, se encuentran diferencias en la categoría sin síntomas (49,9%; IC95%, 46,6%-53,3%) entre aquellos sin problemas con el alcohol y los bebedores de riesgo (26,2%; IC95%, 13,8%-44,1%) y en el reporte del número medio de síntomas de ansiedad, el 10,4% (IC95%, 8,6%-12,5%) frente al 29,8% (IC95%, 14,8%-51,0%); no se encontraron diferencias significativas entre los que reportaron un número alto de síntomas. El trastorno de ansiedad en los últimos 12 meses mostró iguales valores en los grupos sin problemas y bebedor de riesgo.

El reporte de problemas de ansiedad muestra que el 49,1% (IC95%, 45,8%-52,5%) del grupo sin problemas con el alcohol y el 26,2% (IC95%, 13,8%-44,1%) de los bebedores de riesgo puntuaron sin problemas de ansiedad. El 47,4% (IC95%, 44,1%-50,8%) del grupo sin problemas y el 70,3% (IC95%, 52,4%-83,6%) de los bebedores de riesgo se ubicaron en la categoría de problemas de ansiedad. Entre los que puntúan como trastorno, no se encontraron diferencias.

En cuanto a eventos traumáticos, se encuentra que no hay reportes en el 72,5% (IC95%, 69,6%-75,3%) del grupo sin problemas con el alcohol y el 53,4% (IC95%, 35,4%-70,6%) de los bebedores de riesgo. En cuanto al reporte de número de eventos traumáticos entre sin problemas con el alcohol (1,2%; IC95%, 0,7%-2,0%) y los bebedores de riesgo (11,7%; IC95%, 3,5%-32,7%).

Población mayor de 18 años

Los resultados en el AUDIT-C de las personas de 18 o más años (tabla 5) no mostraron diferencias significativas entre puntuaciones positivas y negativas en cuanto a apoyos, grupos en los que participa, consumo de cigarrillo, consumo de SPA en los últimos 12 meses, puntuación del SRQ y el SRQ para depresión y procedencia urbana o rural.

Las diferencias en este grupo poblacional en la escolaridad de la madre: ninguna, el 67,3% (IC95%, 64,0%-70,5%) del grupo con resultado positivo del AUDIT-C y el 72,9% (IC95%, 71,2%-74,4%) del grupo negativo; secundaria, el 23% (IC95%, 20%-26%) y el 18% (IC95%, 17%-20%) respectivamente. No hubo diferencias en los niveles técnico/tecnológico o universitario. En cuanto a la ocupación del padre, las diferencias se encontraron en el nivel de educación secundaria, el 21,7% (IC95%, 19%-24,7%) del grupo con AUDIT-C positivo y el 17% (IC95%, 15,6%-18,5%) del grupo negativo. No hubo diferencias significativas en las otras categorías de escolaridad del padre.

El consumo de marihuana de las personas de 18 años y más resultó del 8,97% (IC95%, 7,06%-11,3%) en el grupo con AUDIT-C positivo y el 2,99% (IC95%, 2,38%-3,75%) en el negativo. El consumo de otras sustancias fue del 5,89% (IC95%, 4,31%-7,99%) y el 1,77% (IC95%, 1,20%-2,60%) respectivamente. En este grupo, el AUDIT-C positivo muestra que el porcentaje sin ansiedad es mayor (53,3%; IC95%, 49,8%-56,9%) que en el grupo con AUDIT-C negativo (46,3%; IC95%, 44,6%-48,0%) y tiene menos problemas de ansiedad, eventos traumáticos y eventos traumáticos por conflicto armado, el 44,5% (IC95%, 41%-48,1%) frente al 51,7% (IC95%, 50,0%-53,3%).

La escala visual análoga (VES) presenta menores puntuaciones (1-40) en el grupo de AUDIT-C positivo (6,51%; IC95%,

Tabla 5 – AUDIT-C en la población colombiana mayor de 17 años

	AUDIT-C	
	Positivo	Negativo
<i>Nivel educativo de la madre</i>		
Ninguno/Primaria	67,3 (64,0-70,5)	72,9 (71,2-74,4)
Secundaria	23,3 (20,5-26,3)	18,9 (17,4-20,4)
Técnico/tecnólogo	4,13 (2,83-5,99)	2,45 (1,98-3,03)
Universitario	2,73 (1,86-4,00)	2,38 (1,84-3,07)
No sabe	2,53 (1,69-3,75)	3,43 (2,86-4,10)
<i>Nivel educativo del padre</i>		
Ninguno/Primaria	66,2 (62,9-69,5)	70,4 (68,7-72,0)
Secundaria	21,7 (19,0-24,7)	17,0 (15,6-18,5)
Técnico/tecnólogo	2,62 (1,54-4,42)	2,06 (1,62-2,63)
Universitario	4,46 (3,27-6,05)	4,09 (3,31-5,04)
No sabe	4,98 (3,84-6,44)	6,50 (5,72-7,37)
<i>Apoyos</i>		
Siempre	23,1 (20,1-26,4)	27,4 (26,0-28,9)
Casi siempre	14,8 (12,2-17,8)	14,4 (13,3-15,6)
Algunas veces	47,2 (43,8-50,7)	42,4 (40,8-44,1)
Nunca	14,8 (12,7-17,3)	15,7 (14,5-17,0)
<i>Grupos en los que participa</i>		
Ninguno	65,8 (62,3-69,1)	62,7 (61,1-64,3)
1 o más	34,2 (30,9-37,7)	37,3 (35,7-38,9)
<i>APGAR</i>		
Sin disfunción familiar	81,2 (78,3-83,8)	82,6 (81,4-83,7)
Disfunción familiar leve	10,9 (8,85-13,5)	9,68 (8,83-10,6)
Disfunción familiar moderada	4, (3,1-5,4)	4,6 (4,12-5,3)
Disfunción familiar grave	3,69 (2,54-5,33)	3,06 (2,59-3,62)
Ninguna de las anteriores	12, (10,8-15,0)	58,5 (56,8-60,1)
<i>SPA vida</i>		
Cigarrillo	4,8 (3,4-6,2)	5,3 (4,7-6,7)
Marihuana	8,97 (7,06-11,3)	2,99 (2,38-3,75)
Otras	5,89 (4,31-7,99)	1,77 (1,20-2,60)
<i>SPA 12 meses</i>		
0	93,5 (91,3-95,2)	96,5 (94,2-97,9)
Ilegales	6,47 (4,79-8,68)	3,51 (2,10-5,81)
SRQ positivo	11,5 (9,12-14,4)	9,60 (8,75-10,5)
<i>Dimensión</i>		
Sanos	86,5 (83,5-89,1)	88,4 (87,4-89,4)
Solo problema	9,26 (6,96-12,2)	7,65 (6,88-8,49)
Trastornos	4,20 (3,16-5,56)	3,93 (3,33-4,63)
<i>SRQ depresión</i>		
Problemas depresivos	98,1 (97,2-98,8)	98,0 (97,5-98,5)
Trastorno depresivo	1,89 (1,25-2,85)	1,96 (1,54-2,49)
<i>SRQ ansiedad</i>		
Sin problemas de ansiedad	53,3 (49,8-56,9)	46,3 (44,6-48,0)
Problemas de ansiedad	44,5 (41,0-48,1)	51,7 (50,0-53,3)
Trastorno de ansiedad	2,13 (1,41-3,21)	2,05 (1,66-2,53)
Intento de suicidio	3,10 (2,12-4,49)	2,44 (1,97-3,03)
<i>Eventos traumáticos</i>		
No han sufrido ningún evento traumático	55,3 (51,8-58,8)	61,7 (60,1-63,3)

Tabla 5 – (continuación)

	AUDIT-C	
	Positivo	Negativo
Un evento traumático	28,8 (25,8-32,0)	26,5 (25,2-27,9)
Dos eventos traumáticos	8,87 (7,16-10,9)	6,18 (5,42-7,04)
Tres eventos traumáticos	3,68 (2,59-5,19)	3,12 (2,45-3,96)
Cuatro o más eventos traumáticos	3,34 (2,19-5,06)	2,49 (1,93-3,20)
EPT	4,03 (2,56-6,30)	2,68 (2,06-3,46)
<i>Evento traumático por conflicto armado</i>		
Conflicto armado*	7,81 (6,23-9,75)	6,49 (5,75-7,31)
Ninguno	55,3 (51,8-58,8)	61,7 (60,0-63,2)
Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida	15,9 (12,8-19,6)	16,1 (14,5-17,8)
<i>VES</i>		
1-40	6,51 (5,24-8,06)	9,93 (9,00-10,9)
41-60	8,61 (7,00-10,5)	12,7 (11,8-13,7)
61-80	27,1 (24,1-30,3)	29,7 (28,2-31,2)
81-100	57,8 (54,3-61,2)	47,7 (46,0-49,3)
<i>Pobreza</i>		
Hogares con acceso	18,4 (15,8-21,4)	19,8 (18,4-21,3)
Hogares no vulnerables a PMD	45,6 (42,1-49,0)	50,1 (48,5-51,8)
Hogares vulnerables a PMD	19,6 (16,8-22,7)	17,5 (16,3-18,6)
Hogares en estado de pobreza	16,4 (14,0-19,1)	12,6 (11,6-13,6)
<i>Entorno de residencia</i>		
Urbano	76,4 (73,5-79,1)	77,5 (76,2-78,7)
<i>PMD:</i>		
* Ya sea desaparición forzada, tortura, secuestro, reclutamiento forzoso, masacre, confrontación entre grupos armados, minas antipersonales o violencia sexual.		
Los valores expresan % (intervalo de confianza del 95%).		

5,24%-8,06%) que en el negativo (9,93%; IC95%, 9,0%-10,9%) y mayores en la categoría superior del grupo positivo (57,8%; IC95%, 54,3%-61,2%) que en el negativo (47,7%; IC95%, 46,0%-49,3%).

Se evidencia un mayor porcentaje de hogares en estado de pobreza en el grupo con AUDIT-C positivo (16,4%; IC95%, 14,0%-19,1%) que en el negativo (12,6%; IC95%, 11,6%-13,6%).

Al realizar el análisis de las personas de 18 y más años, en las categorías de AUDIT sin problema con el alcohol, bebedor de riesgo y probable dependencia al alcohol, se encuentra (tabla 6) que el nivel educativo de la madre muestra en el grupo sin problemas con el alcohol el 72,3% (IC95%, 70,8%-73,9%) y en el grupo de bebedor de riesgo el 65,8% (IC95%, 61,3%-70,1%) y el 80,2% (IC95%, 61,9%-91,0%). En cuanto a nivel educativo del padre, en la categoría sin problemas con el alcohol se encuentra el 17,2% (IC95%, 15,9%-18,6%), en la de bebedores de riesgo, el 24,0% (IC95%, 20,3%-28,3%).

En cuanto al consumo de sustancias a lo largo de la vida, no se encontraron diferencias significativas en el consumo de cigarrillo. El consumo de marihuana de personas sin problemas con el alcohol fue del 3,3% (IC95%, 2,7%-4,0%), el 10,9%

(IC95%, 8,5%-13,9%) en la categoría de bebedor de riesgo y el 30,3% (IC95%, 9,8%-63,5%) en la categoría de posible dependencia del alcohol.

Tomando la escala VES, no se encontraron diferencias significativas con los diferentes puntos de corte de la escala AUDIT.

La escala SQR para ansiedad muestra que aquellos sin problemas con el alcohol son el 7,9% (IC95%, 7,1%-8,8%), el 5,2% (IC95%, 3,8%-7,1%) de la categoría de bebedor de riesgo y el 22,5% (IC95%, 9,2%-45,4%) de aquellos con probable dependencia del alcohol.

En cuanto a eventos traumáticos, se encontró diferencia en el nivel de tres eventos reportados, el 14,1% (IC95%, 4,1%-38,6%) de aquellos con probable dependencia del alcohol, el 5,0% (IC95%, 3,4%-7,2%) de los bebedores de riesgo y el 3,0% (IC95%, 2,4%-3,7%) de aquellos sin problemas con el alcohol. Reportaron estrés postraumático el 27,4% (IC95%, 8,8%-59,5%) de la categoría probable dependencia del alcohol y el 2,6% (IC95%, 2,1%-3,4%) de la categoría sin problemas con el alcohol.

Discusión

El análisis secundario de la ENSM en cuanto a consumo de alcohol utilizando el AUDIT-C y el AUDIT muestra que hay un 2,8% de menores de edad con problemas relacionados con el alcohol, pese a la prohibición en el país de expender licor a menores de edad^{26,27}, lo cual revela la disponibilidad de la bebida, como han demostrado estudios anteriores^{9,28}. Este hallazgo llama la atención sobre la necesidad de mayor control sobre la venta y la distribución de alcohol a menores de edad en todo el país.

El grupo mayor de bebedores de riesgo se ubica en la franja de los 18-44 años, y son varones los que tienen un mayor porcentaje de bebedores en dicha categoría. De las personas de 45 y más años, si bien el porcentaje es menor que entre los más jóvenes, la diferencia entre varones y mujeres es mayor.

Entre las personas no escolarizadas del grupo de 12-17 años, hay más reporte de consumo de bebidas alcohólicas que entre los menores escolarizados, lo cual puede revelar un efecto protector de la escolarización contra el consumo, aunque se debería investigar la asociación causal.

En el grupo de personas de 18-44 años, se encontró que la región con menor prevalencia de bebedores de riesgo es la región Pacífica y las de mayor prevalencia, la región Oriental y Bogotá. Se debería profundizar en los aspectos de disponibilidad, patrones culturales y otros factores que intervienen en esta asociación.

La encuesta no muestra diferencia entre pobres y no pobres en el consumo de alcohol de los menores de edad, el grupo de 18-44 años y el de 45 y más años.

El estado civil en los grupos de 18-44 y 45 y más años no mostró diferencias en los porcentajes de consumo de bebidas alcohólicas ni en la prevalencia de consumo en los últimos 12 meses. Dado que no había datos que permitieran inferencia en la categoría de probable dependencia alcohólica, no se puede afirmar que en esa categoría haya o no influencia del estado civil en el consumo.

Las personas con AUDIT-C positivo del grupo de 12-17 años no difieren en la mayoría de las diferencias buscadas

Tabla 6 – AUDIT en población colombiana mayor de 17 años

Variables	Posible dependencia	Bebedor de riesgo	Ningún problema	Total
<i>Nivel educativo de la madre</i>				
Ninguno/Primaria	80,2 (61,9-91)	65,8 (61,3-70,1)	72,3 (70,8-73,9)	71,8 (70,3-73,2)
Secundaria	16,1 (6,7-34)	22,1 (18,6-26,1)	19,5 (18,2-21)	19,8 (18,5-21,1)
Técnico/tecnólogo	1,9 (0,3-10,4)	5,4 (3,3-8,7)	2,5 (2,1-3,1)	2,8 (2,3-3,4)
Universitario	0	3,8 (2,5-5,9)	2,3 (1,8-3)	2,5 (2-3)
No sabe	1,9 (0,3-12,6)	2,8 (1,5-5,1)	3,3 (2,8-3,9)	3,3 (2,8-3,8)
<i>Nivel educativo del padre</i>				
Ninguno/Primaria	71,4 (50,3-86,1)	64,5 (60-68,7)	70,1 (68,5-71,6)	69,5 (68-71)
Secundaria	23,3 (10,5-44)	24 (20,3-28,3)	17,2 (15,9-18,6)	17,9 (16,7-19,3)
Técnico/tecnólogo	0	1,1 (0,5-2,4)	2,3 (1,8-2,9)	2,2 (1,7-2,7)
Universitario	2,5 (0,3-16,1)	4,4 (2,9-6,7)	4,2 (3,4-5)	4,2 (3,5-5)
No sabe	2,8 (0,7-11,3)	5,9 (4,3-8,1)	6,3 (5,5-7,1)	6,2 (5,5-6,9)
<i>Apoyo</i>				
Siempre	42,7 (20,4-68,3)	20,7 (17,3-24,5)	27,1 (25,7-28,5)	26,6 (25,3-27,9)
Casi siempre	10,2 (3,9-24)	14,4 (11,4-18)	14,6 (13,5-15,8)	14,5 (13,5-15,6)
Algunas veces	29,7 (14,7-50,7)	46,2 (41,8-50,6)	43,2 (41,6-44,7)	43,4 (41,9-44,8)
Nunca	17,5 (6,3-39,9)	18,8 (15,5-22,6)	15,2 (14,1-16,3)	15,5 (14,5-16,6)
<i>SPA vida</i>				
Alcohol	44,1 (23,7-66,7)	65,5 (61-69,7)	35,6 (34-37,2)	38,5 (37-40)
Cigarrillo	2,6 (0,6-10,8)	4,5 (3-6,6)	5,3 (4,7-6)	5,2 (4,7-5,9)
Marihuana	30,3 (9,8-63,5)	10,9 (8,5-13,9)	3,3 (2,7-4)	4,2 (3,5-4,9)
Ninguna	6,8 (1,9-21,3)	11 (8,5-14)	54 (52,4-55,6)	49,5 (48-51)
Otras	16,2 (7-33)	8,2 (5,5-11,9)	1,9 (1,3-2,6)	2,6 (2-3,3)
<i>SPA 12 meses</i>				
0	83,8 (65,3-93,5)	91,1 (87,2-93,9)	96,6 (94,8-97,8)	95,4 (93,9-96,6)
Ilegales	16,2 (6,6-34,7)	8,9 (6,2-12,8)	3,4 (2,2-5,2)	4,6 (3,4-6,1)
<i>Dimensión</i>				
Sanos	63,6 (41,3-81,3)	81,3 (77,3-84,7)	89 (87,9-89,9)	88,1 (87-89)
Solo	27,1 (12,8-48,6)	12 (9,1-15,6)	7,4 (6,6-8,3)	8 (7,2-8,8)
Trastornos	9,2 (3,3-23,6)	6,7 (4,8-9,3)	3,7 (3,1-4,3)	4 (3,5-4,6)
<i>SQR que indica depresión</i>				
Número de síntomas de depresión bajo	66,5 (44-83,3)	74 (69,9-77,8)	78,3 (77,1-79,5)	77,8 (76,6-79)
Número de síntomas de depresión medio	14,7 (5,9-32,1)	20,9 (17,4-24,9)	16,1 (15-17,2)	16,6 (15,5-17,6)
Número de síntomas de depresión alto	18,9 (7,2-41,3)	5,1 (3,6-7,1)	5,6 (5-6,3)	5,6 (5-6,3)
<i>SQR que indica ansiedad</i>				
Ningún síntoma	34,2 (17,3-56,3)	46,6 (42,2-51,1)	48,3 (46,7-49,9)	48,1 (46,6-49,6)
Número de síntomas de ansiedad bajo	33,3 (12,6-63,2)	34,8 (30,6-39,2)	32 (30,5-33,5)	32,3 (30,9-33,7)
Número de síntomas de ansiedad medio	10,1 (3,7-24,7)	13,3 (10,7-16,5)	11,8 (10,9-12,8)	12 (11,1-12,8)
Número de síntomas de ansiedad alto	22,5 (9,2-45,4)	5,2 (3,8-7,1)	7,9 (7,1-8,8)	7,7 (7-8,5)
<i>SQR que los indica en general</i>				
Negativo	62,3 (40,2-80,2)	85,6 (82-88,5)	90,7 (89,8-91,6)	90 (89,1-90,9)
Positivo	37,7 (19,8-59,8)	14,4 (11,5-18)	9,3 (8,4-10,2)	10 (9,1-10,9)
<i>Intento de suicidio</i>				
No	87,4 (71,5-95)	95,3 (92,6-97)	97,7 (97,2-98,1)	97,4 (96,9-97,8)
Sí	12,6 (5-28,5)	4,7 (3-7,4)	2,3 (1,8-2,8)	2,6 (2,1-3,1)
Rechazo	0	0 (0-0)	0 (0-0,2)	0 (0-0,2)
<i>Trastorno de ansiedad 12 meses DSM</i>				
No	95,6 (86,2-98,7)	96,7 (94,7-98)	98,1 (97,6-98,4)	97,9 (97,5-98,3)
Sí	4,4 (1,3-13,8)	3,3 (2-5,3)	1,9 (1,6-2,4)	2,1 (1,7-2,5)
<i>Trastorno del afecto 12 meses DSM</i>				
No	94,2 (79,7-98,5)	95,6 (93,4-97)	97,8 (97,3-98,2)	97,6 (97-98)
Sí	5,8 (1,5-20,3)	4,5 (3-6,6)	2,2 (1,8-2,7)	2,4 (2-3)
<i>Cualquier trastorno DSM</i>				
No	90,8 (76,4-96,8)	93,3 (90,7-95,2)	96,4 (95,7-96,9)	96 (95,4-96,6)
Sí	9,2 (3,3-23,6)	6,7 (4,8-9,3)	3,7 (3,1-4,3)	4 (3,5-4,6)

Tabla 6 – (continuación)

VARIABLES	Posible dependencia	Bebedor de riesgo	Ningún problema	Total
Problemas de ansiedad				
Sin problemas	34,6 (17,2-57,3)	46,3 (41,8-50,9)	47,9 (46,3-49,5)	47,7 (46,2-49,2)
Problemas	61,1 (38,2-79,9)	50,4 (45,9-55)	50,2 (48,6-51,8)	50,3 (48,7-51,8)
Trastorno	4,4 (1,3-13,8)	3,3 (2-5,3)	1,9 (1,6-2,4)	2,1 (1,7-2,5)
Problemas de depresión				
Problemas	95,1 (79,6-99)	97 (95,2-98,1)	98,2 (97,7-98,6)	98,1 (97,6-98,4)
Trastorno	4,9 (1-20,4)	3 (1,9-4,8)	1,8 (1,4-2,3)	1,9 (1,6-2,4)
Evento traumático				
No han sufrido ningún evento traumático	49,6 (26,8-72,6)	52,8 (48,3-57,3)	61,4 (59,8-62,9)	60,5 (59-61,9)
Un evento traumático	29,5 (14,6-50,5)	29,5 (25,4-34)	26,7 (25,4-28)	27 (25,7-28,2)
Dos eventos traumáticos	5,6 (1,4-19,9)	8,5 (6,4-11,2)	6,5 (5,8-7,4)	6,7 (6-7,5)
Tres eventos traumáticos	14,1 (4,1-38,6)	5 (3,4-7,2)	3 (2,4-3,7)	3,2 (2,6-4)
Cuatro o más eventos traumáticos	1,2 (0,3-5,8)	4,2 (2,6-6,8)	2,5 (2-3,2)	2,7 (2,1-3,3)
EPT				
No	72,6 (40,5-91,2)	96,1 (93,3-97,7)	97,4 (96,6-97,9)	97 (96,3-97,6)
Sí	27,4 (8,8-59,5)	3,9 (2,3-6,7)	2,6 (2,1-3,4)	3 (2,4-3,7)
VES				
1-40	14 (5,7-30,4)	7,8 (5,8-10,3)	9,4 (8,5-10,3)	9,3 (8,5-10,1)
41-60	9,1 (2,4-29)	10,7 (8,4-13,6)	12,1 (11,2-13)	11,9 (11,1-12,8)
61-80	36,2 (18,5-58,5)	26,8 (23,1-30,8)	29,4 (28-30,8)	29,2 (27,8-30,5)
81-100	40,8 (18,7-67,3)	54,8 (50,3-59,1)	49,2 (47,6-50,8)	49,7 (48,2-51,2)

con respecto a familia, sitio de procedencia y redes de apoyo percibidas, aunque sí se documenta un mayor consumo de marihuana (el 24,6 frente al 1,68% en AUDIT-C negativo), lo cual puede revelar patrones de consumo propios de este grupo de edad. Esta diferencia se mantiene considerando los puntos de corte de la escala AUDIT completa. El consumo de marihuana y otras sustancias en el grupo de 18-44 años fue mayor en personas con AUDIT-C positivo y AUDIT bebedor de riesgo y posible dependencia al alcohol, aunque no tan acusadamente como en el grupo de menores de edad.

Cuando se considera el AUDIT-C negativo y AUDIT-C positivo en el grupo de 12-17 años, la presencia de tres eventos traumáticos fue mayor en el grupo negativo que en el positivo (el 12,6 frente al 0,88%), lo mismo que el estrés postraumático (el 16,1 frente al 2,32%); sin embargo, al considerar la escala AUDIT completa, se ve que estas asociaciones se invierten y muestran que hay menos frecuencia de tres eventos traumáticos en sin problemas con el alcohol (1,2%) que entre los bebedores de riesgo (11,7%). No hubo diferencias significativas en estrés postraumático, lo cual muestra que hay asociación de eventos traumáticos múltiples con el consumo de alcohol de riesgo. Llama la atención que, al considerar el punto de corte de AUDIT-C negativo o positivo, la asociación es inversa; esto requiere mayor estudio evaluando variables de confusión para estos hallazgos.

Llama la atención que, cuando se toma el grupo de AUDIT-C positivo en mayores de edad, se asocia con un mayor porcentaje sin ansiedad (el 53,3 frente al 46,3%) y menos problemas de ansiedad (el 44,5 frente al 51,7%), eventos traumáticos y eventos traumáticos por conflicto armado reportados. Sin embargo, cuando se toman los puntos de corte de AUDIT en las categorías sin problemas con el alcohol, bebedor de riesgo y posible dependencia al alcohol, se encuentran diferencias de 3 eventos reportados mayor en probable dependencia del alcohol que en las otras categorías (el 14,1, el 5,0 y el 3,0%

respectivamente); el estrés postraumático se asocia más con probable dependencia del alcohol que con sin problemas con el alcohol (el 27,4 frente al 2,6%). Tomar la escala de AUDIT-C positiva o negativa desafía las previsiones de que los trastornos de ansiedad se asocian con un aumento del consumo de bebidas alcohólicas y requiere un estudio en mayor profundidad; cuando se toma la escala AUDIT completa, la asociación de mayor consumo es con problemas de ansiedad, estrés postraumático y eventos estresantes.

Es llamativo que la percepción de bienestar al momento de la entrevista era mayor entre las personas con AUDIT-C positivo, pero esta asociación se pierde al tomar la escala AUDIT completa, de lo cual se puede asociar que hay un grupo de personas que se sienten bien y consumen alcohol, no necesariamente que tengan problemas clínicos asociados al consumo de alcohol.

En el grupo de mayores de edad, se evidencia un mayor porcentaje de hogares en estado de pobreza en el grupo con AUDIT-C positivo (el 16,4 frente al 12,6%), lo cual parece asociarse a un impacto negativo del consumo de alcohol en los ingresos o patrones culturales de consumo asociados a clase social que el estudio no puede inferir; sería necesario evaluar los patrones de consumo y el tipo de bebidas asociados a esta condición.

Los resultados de la ENSM muestran asociaciones interesantes en la descripción del consumo de alcohol de la población colombiana. Los datos difieren de los de algunos estudios previos, aunque no son comparables por diferencias en metodología²⁹. Surgen múltiples áreas de profundización tanto para la promoción y prevención como para el tratamiento adecuado de las condiciones asociadas al consumo de riesgo y la dependencia que deben tener en cuenta diferencias culturales en el territorio nacional^{30,31}.

El estudio de factores individuales, sociales, familiares y ambientales en poblaciones específicas se debe desarrollar

para realizar intervenciones más adecuadas. En algunas categorías no se pudo realizar análisis estratificado, como en la de posible adicción, en la que no se pudo hacer comparaciones porque los estimadores son imprecisos.

Los hallazgos llevan a considerar la importancia de realizar intervenciones de promoción en salud y prevención del consumo de alcohol dirigida a menores de edad y articulada con políticas intersectoriales que controlen la venta y la distribución de bebidas alcohólicas a menores de edad. Las acciones específicas para la promoción y la prevención del consumo de alcohol entre las personas de 18-44 años requerirán involucrar a los sectores educativo y laboral.

Es necesario realizar estudios sobre patrones de consumo de alcohol y los factores asociados al desarrollo de abuso y dependencia del alcohol en la población colombiana.

El personal sanitario debe conocer la guía de práctica clínica para la detección temprana, el diagnóstico y el tratamiento de la fase aguda de la intoxicación de pacientes por abuso o dependencia del alcohol, y familiarizarse en particular con las escalas de cribado y la entrevista motivacional.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio fue financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Ninguno.

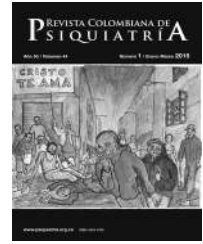
Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

- De la Espriella Guerrero R, De la Hoz Bradford AM, Gómez-Restrepo C, Zárate AU-H, Menéndez MC, Barré MC, et al. 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. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41:787-804.
- 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. Washington: PAHO; 2013.
- 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: Organización Panamericana de la Salud; 2008.
- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5.ª ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
- Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2008 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Protección Social y Defensa; 2009. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO03272008-estudio-nacional-consumo-sustancias-psicoactivas-colombia-2008-.pdf>
- Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 [Internet]. Cali: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social; 2005. Disponible en: http://onms.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf
- Hacia una estrategia de respuesta integral al consumo de alcohol en Colombia. Simposio: El exceso de alcohol y el consumo moderado, implicaciones para la salud [Internet]. Medellín: Ministerio de Salud y Protección Social; 2011 [citado 16 Abr 2015]. Disponible en: <http://www.udea.edu.co/portal/page/portal/bibliotecaSedesDependencias/unidadesAcademicas/FacultadNacionalSaludPublica/Diseno/archivos/General/Rodrigo%20Lopera%20Isaza.pdf>
- Ministerio de Justicia, del Derecho - Observatorio de Drogas de Colombia, Ministerio, de Salud, Protección Social. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013- Informe Final. Bogotá, Colombia: ALVI Impresores S.A.S; 2014.
- Cardona J, Orjuela L. Consumo de riesgo, síntomas de dependencia y consumo perjudicial de alcohol en estudiantes de una universidad pública de Medellín. *Arch Med.* 2014;10:2-13.
- 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.º 23 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC.Completa.OH.pdf>
- Alcohol-use disorders: diagnosis and management of physical complications | Guidance and guidelines | NICE [Internet]. [citado 1 Abr 2016]. Disponible en: <https://www.nice.org.uk/guidance/cg100>
- O'Connell H, Chin A-V, Cunningham C, Lawlor B. Alcohol use disorders in elderly people — Redefining an age old problem in old age. *BMJ.* 2003;327:664-7.
- Kyomen HH, Liptzin B. Alcohol abuse and treatment in the elderly. En: Abou-Saleh MT, Katona C, Kumar A, editores. Principles and practice of geriatric psychiatry [Internet]. London: John Wiley & Sons; 2010. p. 663-70.
- Busse EW, Blazer DG, Pascualy M, Shores M. The American Psychiatric Press Textbook of Geriatric Psychiatry. 2.ª ed. Am J Geriatr Psychiatry. 1999;7:175-6.
- Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015.
- OPS, OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/>

17. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:1231-9.
18. 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;291:2581-90.
19. Gusi N, Olivares PR, Rajendram R. The EQ-5D Health-Related Quality of Life Questionnaire. En: Preedy VR, Watson RR, editores. *Handbook of disease burdens and quality of life measures.* New York: Springer; 2010. p. 87-99.
20. Metodologías Oficiales y Arreglos Institucionales para la Medicion de la Pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
21. PTSD Checklist - Civilian Version (PCL-C). Washington: Veterans Affairs UD; 1994.
22. Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry.* 1988;10:177-88.
23. Babor TF, Higgins-Biddle JC, Saunders JB, et al. AUDIT Cuestionario de Identificación de los Trastornos debidos al Consumo de Alcohol. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, Departamento de Salud Mental y Dependencia de Sustancias; 2001 [Internet] [citado 1 Abr 2016]. Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/activities/en/AUDITmanualSpanish.pdf
24. Bradley KA, Bush KR, McDonell MB, Malone T, Fihn SD. Screening for Problem Drinking. *J Gen Intern Med.* 1998;13:379-89.
25. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA, for the Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP). The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): An effective brief screening test for problem drinking. *Arch Intern Med.* 1998;158:1789-95.
26. República de Colombia, Ley 124 de febrero 15 de 1994, por la cual se prohíbe el expendio de bebidas embriagantes a menores de edad y se dictan otras disposiciones [Internet] [citado 4 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=291>
27. República de Colombia, Decreto 120 de enero 21 de 2010, por el cual se adoptan medidas en relación con el consumo de alcohol [Internet] [citado 4 Abr 2016]. Disponible en: <http://www.icbf.gov.co/cargues/avance/docs/decreto.0120.2010.htm>
28. Pérez Gómez A, Scoppetta O. Consumo de alcohol en menores de 18 años en Colombia: 2008 un estudio con jóvenes escolarizados de 12 a 17 años en 7 capitales de departamento y dos municipios pequeños [Internet]. Disponible en: <http://www.nuevosrumbos.org/documentos/consumodealcoholmenores2009colombia.pdf>
29. Posada-Villa J, Aguilar-Gaxiola S, Magaña C, Gomez L. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultados preliminares del Estudio nacional de salud mental. Colombia, 2003. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2004;33: 241-62.
30. Casanova L, Borges G, Mondragón L, Medina ME, Cherpitel C. El alcohol como factor de riesgo en accidentes vehiculares y peatonales. *Salud Mental.* 2001;24:3-11.
31. Davis DA, Taylor-Vaisey A. Translating guidelines into practice: a systematic review of theoretic concepts, practical experience and research evidence in the adoption of clinical practice guidelines. *Can Med Assoc J.* 1997;157:408-16.



Artículo original

Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia



Lina María González^a, Rolando Enrique Peñalosa^b, María Alexandra Matallana^b, Fabián Gil^c, Carlos Gómez-Restrepo^{a,c,*} y Angela Patricia Vega Landaeta^b

^a Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Instituto de Salud Pública, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de noviembre de 2015

Aceptado el 3 de octubre de 2016

On-line el 3 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Acceso universal a servicios de salud

Salud mental

Trastornos mentales

RESUMEN

Introducción: Tradicionalmente el acceso a servicios de salud mental de las personas con trastornos mentales ha sido limitado, y ello se asocia a variables conductuales, sociales y estructurales.

Objetivo: Analizar los factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta (18 a 44 años) en Colombia, a partir de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Material y métodos: Análisis de variables de acceso a consulta en atención a salud mental para adultos. Se clasificaron las razones de consulta en barreras de acceso por oferta o demanda comportamental. Para el análisis de los factores asociados a acceso a los servicios de salud mental en la población adulta colombiana, se tuvo en cuenta el uso de los servicios de salud en los últimos 12 meses por problemas emocionales, nerviosos o de salud mental y las características demográficas, actividad laboral, afiliación a régimen de seguridad social y variables de estados de salud. Las asociaciones entre estas variables se estimaron mediante modelos bivariantes de regresión logística multinomial.

Resultados: Se encontraron asociaciones entre residir en áreas rurales, estar casado y padecer una enfermedad crónica con la decisión de consultar al médico o no.

Conclusiones: Se deben realizar más estudios que permitan evaluar la situación del acceso a servicios de atención en salud mental, y que permitan encontrar los posibles factores relacionados que limiten al mismo.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: cgomez_restrepo@yahoo.com, mauricioamrva@hotmail.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.004>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Determining Factors in the Access to Mental Health Services by the Adult Colombian Population

A B S T R A C T

Keywords:

Health services accessibility
Mental health
Mental disorders

Introduction: Access to mental health services by people with mental disorders has traditionally been limited, and is associated with attitudinal, social, and structural variables.

Objective: To analyse the factors that determine access to mental health services by the adult population (18-44 years old) in Colombia, from the results obtained in the 2015 National Mental Health Survey.

Material and methods: Analysis of variables of access to attention in mental health care for adults. The reasons for not consulting were classified as barriers of behavioural supply and demand. To analyse the factors associated with access to mental health services in the Colombian adult population, the use of health services in the last 12 months for emotional, nervous or mental health problems was taken into account, as well as associated variables such as demographic characteristics, occupational activity, affiliation to social security, and health status variables. The relationships between these variables were estimated using bivariate multinomial logistic regression models.

Results: Rural residence, being married, and having a chronic disease were associated with the decision to consult or not to consult the doctor.

Conclusions: Further studies should be conducted to evaluate the situation as regards mental health care access, as well as to determine the potential factors associated with these limitations.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

El Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) en Colombia nace a partir de la Constitución Nacional de 1991: «La seguridad social es un servicio público de carácter obligatorio que se prestará bajo la dirección, coordinación y control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad en los términos que establezca la ley. Se garantiza a todos los habitantes el derecho irrenunciable a la seguridad social»¹. Posteriormente, la Ley 100 de 1993 estableció el Sistema General de Seguridad Social Integral incluyendo los componentes de Pensiones, Riesgos Profesionales y Salud². El sistema de salud opera bajo un esquema de competencia regulada, en el que las Empresas Promotoras de Salud (EPS) son las responsables de garantizar la prestación de un paquete predefinido de servicios de salud a sus afiliados, conocido como el Plan Obligatorio de Salud (POS). Para financiar esta prestación, las EPS reciben del Sistema General de Seguridad Social un pago por cada afiliado: la Unidad de pago por Capitalización (UPC), la cual funciona como una prima de aseguramiento, en el que las aseguradoras se comprometen a cubrir cualquier servicio en salud incluido en el paquete a todos sus afiliados. En caso de que los eventos en salud superen el monto de la prima, el asegurador asume los costos adicionales, pero si son inferiores, genera un excedente para el afiliado. A partir de la ley 1438, el paquete de salud (POS) es el mismo para toda la población, pero el aseguramiento y la prestación están segmentados en 3 sistemas: el sistema contributivo, el sistema subsidiado y los regímenes especiales. Esta segmentación responde a las fuentes de financiación de cada subsector, de modo que los recursos del sistema contributivo provienen

de aportes de los trabajadores asalariados e independientes con capacidad de pago; los recursos del sistema subsidiado provienen de diversas fuentes, principalmente rentas departamentales y municipales del Sistema General de Participación, y cubren a las personas sin capacidad de pago; los regímenes especiales se nutren de recursos de presupuesto y contribuciones de los trabajadores públicos (los maestros, las fuerzas armadas, la policía, ECOPEPETROL. .). En 2011, bajo la Ley 1438 de 2011³, se dio una actualización integral del plan de beneficios, se ordenó la formulación de acciones en salud mental y se dio paso a la ampliación de beneficios en esta materia. Asimismo la ley establece beneficios especiales para los niños garantizando la efectiva prevención, detección temprana y tratamiento adecuado de las enfermedades que presenten y busca, entre otros, que los usuarios del sistema puedan contar con todos los servicios de salud, como consultas médicas, exámenes de diagnóstico y compra de medicamentos, en un mismo lugar y de manera articulada, favoreciendo el acceso integral a los servicios.

Después de la ley 1438 de 2011, se formuló la Ley 1616 de 2013, Ley de Salud Mental, que tiene como objeto garantizar el ejercicio pleno del Derecho a la Salud Mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y 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 SGSSS, y establece los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital⁴. Esta ley está en proceso de implementación por los diversos entes gubernamentales y, al igual que las precedentes, busca

favorecer el acceso efectivo a los servicios de salud, en el caso particular de salud mental.

Para todo sistema de salud, su razón de ser es el mejoramiento de la salud. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁵, el derecho a la salud abarca cuatro elementos fundamentales: disponibilidad, aceptabilidad, calidad y accesibilidad. En este sentido, la salud entendida en el marco de los establecimientos, los bienes y servicios, debe ser accesible a todos, y para ello tiene cuatro dimensiones superpuestas: no discriminación, accesibilidad física, accesibilidad económica (asequibilidad) y acceso a la información. En algunos casos, como el Colombiano, que pretende «la creación de un ambiente sano y saludable, que brinde servicios de mayor calidad, incluyente y equitativo, donde el centro y objetivo de todos los esfuerzos sean los residentes en el país»³, el acceso se convierte en una de las variables fundamentales para las metas propuestas por el sistema.

Tal como lo anota Ayala⁶, uno de los principales desafíos que afronta el actual SGSSS en Colombia es el acceso a los servicios médicos, ya que, aunque se ha aumentado la cobertura del aseguramiento, el acceso a los servicios de salud (porcentaje de personas que utilizaron los servicios médicos al momento de necesitarlos) ha disminuido significativamente según los datos de la Encuesta Nacional de Calidad de Vida, lo cual impacta en los resultados de salud de la población, en tanto no se dan, entre otros, la detección temprana, el manejo pertinente y oportuno de las enfermedades y la rehabilitación integral requerida en ciertas condiciones como en la patología mental.

El acceso puede medirse, entre otros, a través de la utilización de los servicios de salud por los individuos, lo cual está influido por la estructura del sistema, la disponibilidad de los servicios, la organización, el financiamiento y la naturaleza de los requerimientos de atención, que implica los recursos para los consumidores potenciales⁷.

Teniendo en cuenta lo anterior, la atención a la población con afecciones relacionadas con la salud mental debe ser objeto de las dimensiones definidas por la OMS y de manera particular en términos del acceso real y efectivo a los servicios de salud, de tal manera que se dé respuesta a la necesidad imperante de estrategias que permitan garantizar la detección temprana y el manejo adecuado de una población creciente con diagnósticos relacionados con la salud mental. Según la Encuesta Nacional de Salud de 2007⁵ el 0,8% de la atención recibida fue por motivos de enfermedades o problemas mentales, de los nervios o de comportamiento. Asimismo, los resultados del último estudio de carga de enfermedad en Colombia⁶ refiere las primeras 20 causas según AVISAS totales ($\times 1.000$ personas), de las cuales 4 son del grupo de enfermedades mentales.

El adecuado acceso a los servicios de salud mental requiere, además de las instalaciones propias, la disponibilidad de espacios y servicios que disminuyan las barreras, las cuales pueden ir desde el miedo a solicitar el servicio por el estigma de la enfermedad mental hasta la adherencia a los medicamentos y las actividades del seguimiento continuo necesario para el tratamiento oportuno de las afecciones⁸. Otros elementos que también impactan en el acceso efectivo a los servicios de salud mental 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 y la falta de personal adecuadamente capacitado en salud mental en los primeros niveles de atención.

En Colombia, es bastante escasa la información sobre el estado de salud mental de la población, y aún más sobre el acceso a los servicios de atención. El último Estudio Nacional de Salud Mental realizado en 2003 muestra que entre el 85,5 y el 94,7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a servicios de salud, y que aproximadamente un 5% supera las barreras de acceso⁹.

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 definió un dominio más amplio que incorpora el deseo de la atención y su continuidad (haciendo especial énfasis en el acceso a los medicamentos), con la intención de generar evidencia para los tomadores de decisiones, incentivar que se monitoricen los problemas de acceso identificados y buscar la garantía del derecho a la salud. Se estructuraron 4 módulos (adultos y menores), 2 de ellos enfocados a medir las condiciones de acceso a los servicios, y los otros 2 a identificar el acceso y uso de medicamentos. También se indagó por la búsqueda de atención y el motivo de no consulta, el sitio donde asistió a la última consulta (para conocer a quién acuden las personas cuando quieren recibir atención), el tiempo de desplazamiento (siempre se ha considerado una forma de medir las barreras geográficas) y el acceso efectivo a los medicamentos y las barreras que se presentan para no acceder a estos.

En este contexto, el presente artículo tiene como objetivo analizar los factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta (18-44 años) en Colombia, a partir de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Material y métodos

Este documento hace parte de los diferentes análisis a los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia en 2015.

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 es un estudio observacional de corte transversal en el ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La población de referencia son personas no institucionalizadas de 18 o más años; la muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad (18-44 y ≥ 45 años) y las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá), con representatividad según los grupos de estratificación, estos están ponderados y son representativos de la población colombiana.

Para evaluar el acceso a los servicios de salud mental y el acceso a medicamentos, se desarrollaron 4 módulos que consideran tanto a menores como a adultos, 2 dirigidos a medir las condiciones de acceso a los servicios y los otros a identificar el acceso a medicamentos y su uso. El cuestionario se desarrolló con base en las encuestas nacionales previas y en curso, las más frecuentes barreras a los servicios de salud mental, las inquietudes de expertos y usuarios del sistema en torno al acceso 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.

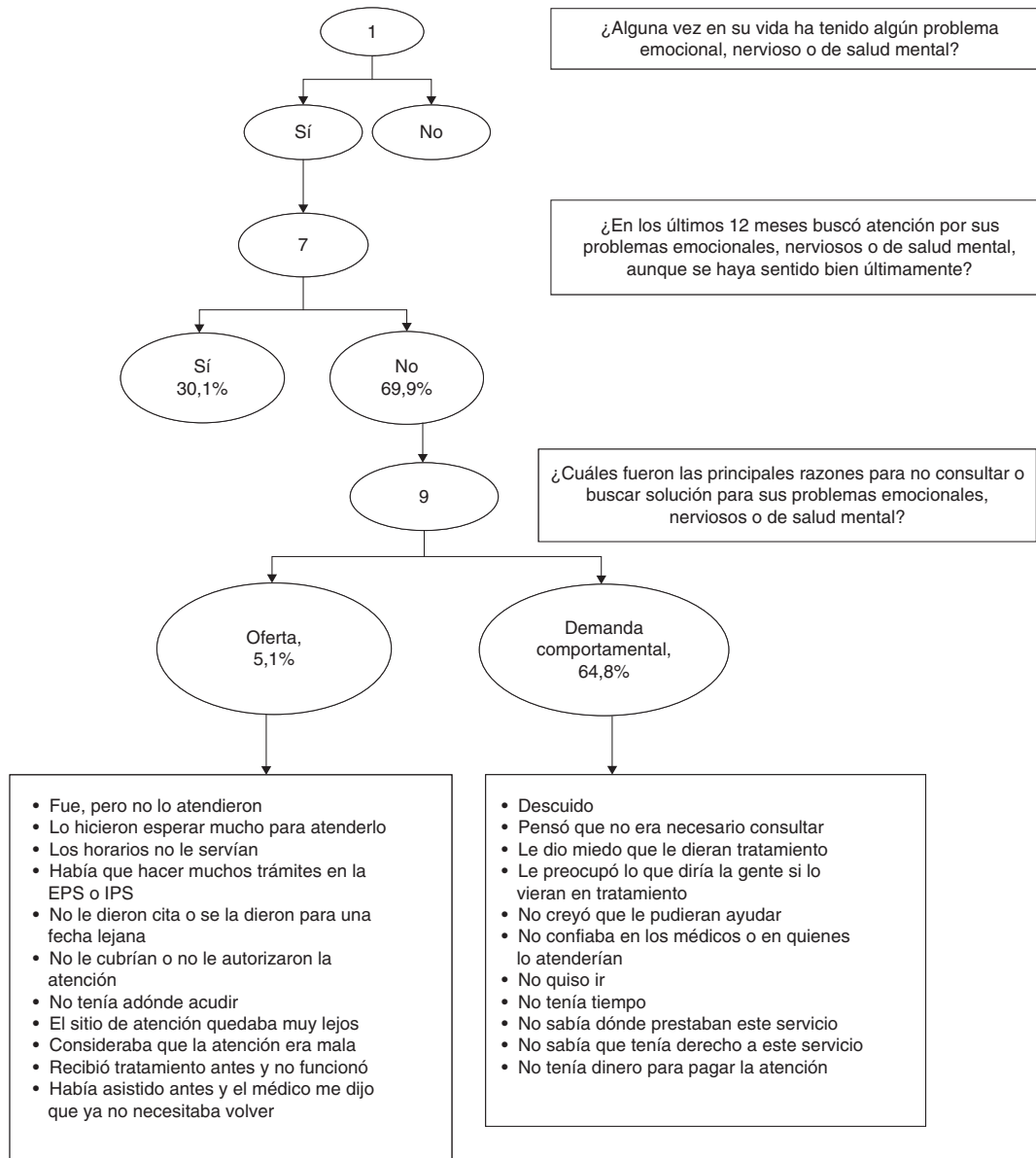


Figura 1 – Esquema que determina la población objeto de análisis y la clasificación de las barreras de acceso.

Para el análisis de la información, se realiza un análisis descriptivo con variables de acceso a consulta en atención a salud mental para adultos, filtrando con la pregunta: «¿Alguna vez en su vida ha tenido algún problema emocional, nervioso o de salud mental?» Esta pregunta clasifica a las personas encuestadas que han tenido problemas de salud mental. Seguido a esto, con la pregunta «¿En los últimos 12 meses buscó atención por sus problemas emocionales, nerviosos o de salud mental, aunque se haya sentido bien últimamente?», se identifica a las personas que buscaron atención por problemas de salud mental o no, que son el objeto de este análisis.

Finalmente, con las opciones de respuesta de la pregunta: «¿Cuáles fueron las principales razones para no consultar o buscar solución para sus problemas emocionales, nerviosos o de salud mental?», se clasificaron como barreras de acceso por oferta y por demanda comportamental, siguiendo los fundamentos teóricos de Aday et al.¹⁰ y la metodología utilizada por

Restrepo et al.¹¹ y Rodríguez Acosta¹² (para mayor claridad del flujo utilizado, véase la fig. 1).

Para el análisis de los factores asociados al acceso a los servicios de salud mental de la población colombiana adulta, se tuvo en cuenta la relación entre el uso de los servicios de salud en los últimos 12 meses por problemas emocionales, nerviosos o de salud mental y las características demográficas, la actividad laboral, la afiliación al régimen de seguridad social y variables de estados de salud, que se estimaron mediante modelos bivariantes de regresión logística multinomial.

La medida de efecto empleada fue el riesgo relativo indirecto (*odds ratio* [OR]), con su respectivo intervalo de confianza del 95% (IC95%), considerando 3 categorías de respuesta: consulta (categoría de referencia), no consulta por problemas de oferta y no consulta por problemas de demanda.

Los análisis estadísticos emplearon como ponderación los factores de expansión de la muestra¹⁶ para la estimación de

Tabla 1 – Estimaciones de los factores que determinan el acceso a los servicios de salud mental de la población adulta en Colombia

Variables	Consulta (30,1%), %		No consulta (69,9%)				
			Por problemas de oferta* (5,1%)			Por problemas de demanda* (64,8%)	
	%	OR	(IC95%)	%	OR	(IC95%)	
Sexo							
Varón	34,9	23,2	1,00	—	34,2	1,00	—
Mujer	65,1	76,8	1,77	(0,41-7,70)	65,8	1,03	(0,54-1,95)
Edad							
18-44 años	59,33	56,36	1,13	(0,30-4,21)	61,92	0,90	(0,51-1,59)
> 44 años	40,67	43,64	1,00	—	38,08	1,00	—
Ubicación							
Urbana	86,48	91,38	1,00	—	73,04	1,00	—
Rural	13,52	8,62	0,60	(0,13-2,76)	26,96	2,36	(1,21-4,62)
Estado civil							
Soltero	47,04	43,34	1,00	—	26,47	1,00	—
Casado	34,53	41,61	1,31	(0,28-6,01)	58,62	3,02	(1,57-5,79)
Separado/viudo/divorciado	18,43	15,05	0,89	(0,15-5,24)	14,91	1,44	(0,59-3,48)
Actividad laboral							
Remunerada	98,79	91,72	1,00	—	93,18	1,00	—
No remunerada	1,21	8,28	7,39	(0,70-78,62)	6,82	6,00	(1,06-34,05)
Régimen de salud							
No afiliado	7,47	6,51	1,00	—	11,85	1,00	—
Contributivo	51,08	54,26	1,22	(0,15;9,90)	50,83	0,63	(0,20-1,99)
Especial	2,26	16,33	8,30	(0,62-110,73)	2,26	0,63	(0,11-3,54)
Subsidiado	39,19	22,91	0,67	(0,10-4,71)	35,06	0,56	(0,17-1,82)
Enfermedad crónica							
Alguna	84,52	80,19	1,00	—	67,66	1,00	—
Ninguna	15,48	19,81	1,35	(0,39-4,65)	32,34	2,61	(1,27-5,38)
Percepción del estado salud							
Buena	92,38	97,64	1,00	—	91,66	1,00	—
No buena	7,62	2,36	0,29	(0,03-2,64)	8,34	1,10	(0,46-2,64)

* Regresión logística multinomial (categoría de referencia: Consulta).

Fuente: Estimaciones propias a partir de los resultados obtenidos en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

varianza en encuestas complejas a través del método de linealización mediante series de Taylor usando el programa Stata (StataCorp.; College Station, Texas, Estados Unidos).

Resultados

Los resultados obtenidos en la encuesta indican que, del total de la población entre 18 y 44 años, el 4,5% (IC95%, 3,9-5,1) reporta haber tenido algún problema de salud mental en su vida, de los que el 36,1% (IC95%, 29,7-43,1) lo ha sufrido en los últimos 12 meses y el 65,9%, antes. En relación con el acceso a los servicios de salud mental, solo el 37,5% de esta población solicita atención, de estos el 94,0% acceden a dichos servicios, del 62,5% de la población que no consultó, las razones fueron: «pensó que no era necesario consultar» (47,3%), seguida por descuido (23,6%) y no querer asistir (15,6%).

A partir de esta información, se acotó la población objeto del análisis a los que buscaron atención a la salud en los últimos 12 meses; así, del 4,5% de la población que reconoció tener algún problema de salud mental, el 30,1% buscó atención y el 69,9% restante no. De la población que no buscó atención, el

5,1% no la buscó por barrera de acceso en la oferta de servicios y el 64,8%, por barreras de demanda comportamental (fig. 1).

El análisis de las variables priorizadas arrojó los siguientes resultados:

- Solo 3 de cada 10 personas que reportaron haber tenido algún problema de salud mental solicitaron atención y 6 de cada 10 personas no consultaron porque consideraron que «no era necesario consultar», «descuido» o «no querer asistir», todas estas asociadas a causas de orden actitudinal relacionadas con posible estigma y miedo, entre otros.
- La variable ubicación geográfica está relacionada con la decisión de consultar al médico o no cuando se tiene problemas de salud mental. Los residentes en área rural, comparados con los que residen en área urbana, consultan menos por problemas de demanda comportamental. Para las personas que residen en área rural, no consultar por problemas de demanda frente a consultar obtuvo OR = 2,36 (IC95%, 1,2-4,6). (Ver tabla 1).
- El estado civil es otra variable asociada a la decisión de consultar o no. Los casados, comparados con los solteros, consultan menos por problemas de demanda

comportamental. En los casados, no consultar por demanda frente consultar obtuvo OR = 3,02 (IC95%, 1,57-5,79).

- Que concurra otra enfermedad influye en la decisión de buscar asistencia médica. Los pacientes que no tienen ninguna enfermedad crónica, frente a los que sí, consultan menos a los servicios de salud mental por problemas de demanda comportamental. En los que no tienen una enfermedad crónica, no consultar por demanda frente consultar obtuvo OR = 2,61 (IC95%, 1,27-5,38).
- Las variables sexo, edad, actividad laboral, régimen de afiliación y percepción del estado de salud no fueron estadísticamente significativas para explicar la decisión de consultar o no.

Discusión

Se entiende el acceso a servicios de salud mental como «el proceso mediante el cual puede lograrse que una necesidad de atención, bien sea por el deterioro en el estado de salud, un diagnóstico sobre el mismo o la promoción de su mejoramiento, se satisfaga completamente»¹¹. Según lo anotado por Frenk¹³, se debe distinguir 3 dominios o alcances para su estudio: a) estrecho, que comprende la búsqueda de atención y el inicio de esta atención; b) intermedio, agrega la continuación de la atención, y c) amplio, que además de lo anterior agrega el deseo por la atención y comprende todo el proceso.

Aday et al.¹⁰ plantean 3 niveles de acceso que se relacionan a través de factores individuales, organizacionales y sociales: a) político: acciones planeadas y dirigidas por el Estado para mejorar el acceso a los servicios de salud; b) acceso potencial: interacción entre las características del sistema de salud y las del individuo, de la cual surgen barreras atribuidas a la oferta o sistema de prestación de servicios, que se presentan en la entrada, después del contacto inicial y a la salida del sistema, y c) acceso real: relaciona determinantes objetivos (cómo el sistema de salud resuelve las necesidades de los usuarios) y subjetivos de la utilización de servicios (satisfacción).

Si bien es cierto que los resultados obtenidos en este análisis muestran que la decisión de buscar atención en salud mental depende de razones comportamentales o actitudinales, estas no necesariamente se derivan de decisiones personales en cuanto a que no se desee consultar, sino que pueden atribuirse al desconocimiento mismo de lo que es y no es la salud mental, la falta de información o información distorsionada del tema y la imposibilidad de reconocer un problema en la esfera psíquica.

Asimismo cabe subrayar que en las barreras de comportamiento del individuo influyen otro tipo de barreras de índole geográfica y financiera y el desconocimiento de la oferta de servicios de atención a la salud mental, que en los resultados de este análisis concommitan con mucha frecuencia, es decir, además de las dificultades para reconocer la importancia de una posible enfermedad mental por diversas razones (como estigma, indiferencia, miedo, etc.), estas razones se empeoran cuando la disponibilidad se reduce por los tiempos para llegar al servicio, la distancia y la pobre información sobre la oferta de servicios, y en ocasiones la necesidad de pagar del propio bolsillo como una barrera de índole financiera.

Es de resaltar que las barreras actitudinales son las que tienen mayor impacto en el análisis realizado, situación que concuerda con los resultados de otros estudios de acceso a los servicios de salud mental¹⁴⁻¹⁷. Estas barreras son a la vez las más conocidas y frecuentes y suelen estar asociadas con el estigma propio de la enfermedad mental, las creencias negativas sobre los sistemas de salud, la mala interpretación acerca de las consecuencias de los tratamientos, la escasa necesidad percibida de requerir ayuda y el autoestigma, los cuales limitan el acceso al servicio⁸.

Estos resultados deben ser materia de decisiones sobre ajustes a los modelos de atención en salud mental, que impliquen mayores acciones promocionales en los ámbitos comunitarios y particularmente educativos.

Asimismo los resultados muestran la necesidad de estudios que den conocimiento acerca de las razones, los comportamientos y las actitudes de la población que auto-limita la búsqueda de ayuda a través de los servicios de salud mental. En este sentido, es relevante pensar en otros modelos de acceso, como el de acceso ajustado, sistema propuesto por Panchansky et al.¹⁸ en 1985, que no se enfoca solamente en el uso de los servicios de salud, sino en cómo se ajustan los servicios de salud a las necesidades del individuo.

Se recomienda hacer más exploraciones que permitan tener resultados concluyentes de la situación de acceso a los servicios de atención en salud mental y encontrar las relaciones que lo están limitando, lo cual puede favorecer la detección tardía de enfermedades mentales, recaídas y cronicidad.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental «ENSM»; contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses con relación a este estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente; 1991. Disponible en: [http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm](http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso_Disciplinario/Constitucion_Politica_de_Colombia.htm).
2. Calderón LAT. El sistema de salud en Colombia. En: Cuarto foro: Plan de desarrollo. Cali: Universidad del Valle; 2011. p. 1-8. Disponible en: http://salud.univalle.edu.co/pdf/plan_desarrollo/documento_previo_4to_foro.pdf.
3. Ley 1438 del 19 de enero de 2011. Bogotá: Congreso de Colombia; 2011.
4. Ley 1616 de 2013. Ley 1616 de 2013. Bogotá: Congreso de Colombia; 2013. p. 1-17. Disponible en: http://www.descentralizadrogas.gov.co//pdfs/politicas/nacionales/Ley_1616_de_2013.pdf.
5. OMS. Sistemas y servicios de salud [Internet] [citado 12 Feb 2015]. Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=category&id=1920&layout=blog&Itemid=2033&lang=es.
6. Ayala J. La salud en Colombia: más cobertura pero menos acceso. Documentos de Trabajo sobre Economía Regional. Cartagena: Banco de la República; 2014. p. 1-45.
7. Monitoreo de equidad en el acceso a los servicios básicos de salud. Guía metodológica. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 2000.
8. 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.* 2013;44:1303-17.
9. Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005.
10. Aday L, Andersen R. A framework for the study of access to medical care. *Health Serv Res.* 1974;9:208-20.
11. Restrepo J, Echeverri E, Vásquez J, Rodríguez S. El seguro subsidiado y el acceso a los servicios de salud. Teoría, contexto colombiano y experiencia en Antioquia. Medellín: Centro de Investigaciones Económicas, Universidad de Antioquia; 2006.
12. Rodríguez Acosta S. Barreras y determinantes del acceso a los servicios de salud en Colombia. Barcelona: Universidad Autónoma de Barcelona; 2010.
13. Frenk J. El concepto y medición de la accesibilidad. Salud Pública México. 1985.
14. Balthazar B. Needs and accessibility to health services: Attitudes and perceptions of internally displaced head-of-household victims from Medellín, Colombia. *Capella University.* 2011;1:1-28.
15. Policy H. Consensus on access to mental health services by children and adolescents in Antioquia, Colombia. 2011;1:1-312.
16. 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.* 2011;5:30.
17. Encuesta de Salud Mental 2015. Tomos I y II. Bogotá: Ministerio de Salud, Colciencias; 2015.
18. Penchansky R, Thomas W. The concept of access. Definition and relationship to consumer satisfaction. *Med Care.* 1981;19:127-40.



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

El reconocimiento de emociones, la empatía y los juicios morales en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 en Colombia[☆]



Diana Matallana^a, Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,*}, Paulina Ramirez^c,
Nathalie Tamayo Martínez^b y Martin Rondon^b

^a Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana; Intellectus-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^c Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 30 de noviembre de 2015

Aceptado el 5 de abril de 2016

On-line el 8 de junio de 2016

Palabras clave:

Emociones

Empatía

Psicología social

R E S U M E N

Introducción: El desarrollo emocional y social de los humanos es extraordinariamente complejo. El conocimiento acerca de sí mismo, la percepción de los otros, las motivaciones y el entorno cultural modulan las respuestas empáticas y los juicios morales sobre acciones particulares. En la Encuesta Nacional de Salud Mental, se exploraron aspectos de la cognición social como el reconocimiento de emociones, la empatía y los juicios morales frente a situaciones que significan dolor al otro.

Objetivo: Describir los resultados generales de la Encuesta Nacional de Salud Mental en relación con el reconocimiento de emociones y respuestas empáticas frente a situaciones que generan, intencionada o accidentalmente, un dolor al otro.

Métodos: Se encuestó a 15.351 sujetos y 3.863 adultos de edad ≥ 18 -96 años de esta población: se les pidió que identificaran dos rostros de seis emociones. Además, con cinco secuencias de tres fotografías cada una (tarea de empatía frente al dolor modificada), se preguntó sobre elementos cognitivos, afectivos y morales de la empatía.

Resultados: Identificaron las emociones positivas el 91,5, el 65 y el 55% de los sujetos, y solo el 19,7, el 21,8 y el 27,4% reconocieron las emociones negativas: miedo, asco y tristeza, en ese orden. Cuando se analizan los datos por grupos de edad, condición de pobreza y diferentes regiones del país, los resultados tienden a variar. En cuanto a la empatía, el 73,7% identificó correctamente la acción intencional y el 56,6%, la accidental. Los juicios morales frente a las acciones accidentales merecen algún castigo (poco, el 20,7%; moderado, el 26,8%), aun en acciones accidentales.

[☆] Cita 11: no es una entrada válida, datos desordenados y falta ciudad, editorial y fecha de publicación.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez_restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.004>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Se proponen posibles direcciones que debe seguir el análisis de los datos, dados algunos resultados llamativos: el reconocimiento de la emoción alegría en contraposición con la aparente dificultad para reconocer la tristeza y los hallazgos paradójicos en torno al castigo y la empatía cuando se comete una acción que ocasiona dolor.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

The Recognition of Emotions, Empathy and Moral Judgment in the National Mental Health Survey in Colombia, 2015

A B S T R A C T

Keywords:
Emotions
Empathy
Social psychology

Background: Social cognition refers to the mental processes involved in social interactions. Different aspects, such as the perception of others, self-knowledge, motivation and the cultural context, can modulate empathy responses and moral judgments regarding the actions of others. The National Mental Health Survey (ENSM for its acronym in Spanish) explored aspects of social cognition such as the perception of emotions, empathy and moral judgment in situations in which another person experiences pain.

Objective: To describe the overall findings of the ENSM in relation to the emotional perception and empathic responses to situations where pain is inflicted on others in an intentional or accidental manner.

Methods: A total of 3863 people aged 18-96 years old completed the social cognition module. They were asked to identify the emotions expressed in the images of several faces. A modified version of the awareness of social inference test (TASIT) was used. Additionally, the cognitive, affective, and moral elements of empathy were assessed with a modified version of the empathy for pain task (EPT), which uses a sequence of images in which someone is being hurt.

Results: Happiness was identified by 91.5% of those interviewed; neutral or emotionless faces were identified by 65%; 55% of respondents correctly identified surprise. Only 19.7%, 21.8% and 27.4% could identify negative emotions like fear, disgust and sadness, respectively. When the data were analysed by age, poverty status, and different regions of the country, the results tend to vary. As regards empathy, 73.7% correctly identified intentional actions, and accidental actions were identified by 56.6%. According to the moral judgment of some respondents, even in situations where the pain was caused by accident, there must be some kind of punishment (20.7% deserved a low punishment and 26.8% a moderate one).

Conclusions: Noteworthy findings include the high recognition of happiness by the respondents, in contrast to the apparent difficulty in recognising sadness, and paradoxical results regarding punishment and empathy. This should be studied in greater detail, but these results can contribute to a deeper understanding of the complex Colombian social context.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Las neurociencias sociales nutren nuestro conocimiento con novedosos estudios dirigidos a explorar el mundo de la conducta social desde una perspectiva no solo transdisciplinaria, sino incluyente de aspectos no solo de las ciencias sociales, sino biológicos: neural, hormonal, molecular y genético, por ejemplo¹. El estudio de aspectos sociales y biológicos de las interacciones complejas de la especie humana recuerda que es, en esencia, una especie social. Las especies sociales, a su vez, crean estructuras emergentes que van más allá del individuo, pues interactuamos con nuestros pares, creamos familias, grupos, comunidades y culturas. El estudio clásico

de las funciones cognitivas complejas del ser humano se ha enriquecido entonces con investigaciones de los procesos subyacentes de aquello que necesitamos para poder establecer ciertas interacciones que posibilitan los comportamientos sociales diversos, complejos y flexibles que se observan en los primates²⁻⁵.

En las últimas dos décadas, la emergencia de las neurociencias sociales se ha dedicado a investigar el cerebro social y difundir trabajos de grupos de muchas disciplinas, como filosofía, psiquiatría, neurobiología y otras más que, mediante publicaciones de modelos animales, estudio de pacientes e investigación en sujetos sanos, profundizan en los mecanismos que subyacen a las interacciones sociales. Comprender los mecanismos de las emociones, la empatía, los juicios

morales, la teoría de la mente o la capacidad que tenemos los humanos para intuir y predecir las intenciones y pensamientos de otras personas, entre otros, significa mantener la curiosidad que despiertan unos de los rasgos más fundamentales de nuestra especie. No obstante, evaluar estos dominios cognitivos, si así los podemos llamar, en una encuesta poblacional no es tarea fácil y es este uno de los retos que la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) de 2015 se impuso.

Dos eventos impulsaron el crecimiento y afianzamiento de los estudios, cada vez más numerosos, de la cognición social. El primero es las conocidas investigaciones del neurofisiólogo italiano Giacomo Rizzolatti⁶, quien describió las neuronas en espejo. Los primeros estudios publicados daban cuenta de un hallazgo casual: quien ve al otro realizar una acción activa las mismas células que funcionan en quien realiza la acción como si la estuviera realizando él mismo. El sistema de neuronas en espejo hoy es la base de muchos estudios que vinculan la cognición desde lo biológico o lo neurofisiológico de ciertos primates, en especial el ser humano, con la vida social: la imitación, la comprensión intencionada de otros y tantos otros complejos aspectos de la conducta humana social. Pensar cómo entendemos a otros partiendo del estudio de las intenciones motoras permitió indagar cómo podemos inferir el estado interno mental del otro, que claramente es distinto de vivir la experiencia, pues justamente es vivirla a través del otro. El segundo evento relevante, menos conocido fuera del ámbito académico, cobra importancia después de la publicación de Nimchinsky et al^{7,8} sobre las características particulares de ciertas neuronas, ya descritas por el anatomista Von Economo en 1926, solo presentes en algunos primates y, en mayor densidad, en los seres humanos. El fortuito redescubrimiento de estas células, que en 2005 Allman propuso renombrar como neuronas de Von Economo (NVE), estimuló estudios que han demostrado que las NVE son restrictivas, filogenéticamente, a humanos y mamíferos con conductas socialmente complejas. No obstante, evaluar estos dominios cognitivos, si así los podemos llamar, en una encuesta poblacional no es tarea fácil, y es este uno de los retos que la ENSM-2015 se impuso.

Los estudios con población normal en esta área del conocimiento incluyen paradigmas experimentales, declaraciones espontáneas de lo que percibe, juzga o siente un sujeto frente a eventos que exigen emitir juicios morales o identificar las emociones asociadas a situaciones que deben generar alguna apreciación empática o percepción de lo que otro está percibiendo. Mientras que evaluar estas capacidades es habitual en la práctica clínica de un psiquiatra, psicólogo, neuropsicólogo o neurólogo, la selección del instrumento en una encuesta que realiza directamente un encuestador —entrenado sí, pero sin experiencia clínica— requería utilizar un instrumento sencillo, que seguramente tiene limitaciones pero ofrece una enorme posibilidad de estudio de esa área del conocimiento.

En el capítulo de salud mental de la ENSM-2015, se incluyeron preguntas relacionadas con algunos aspectos de la cognición social buscando crear descripciones particulares en torno a ciertos aspectos de empatía y emociones, como ya se ha mencionado. Partiendo de lo estudiado desde la práctica clínica y en investigaciones recientes del Grupo de Investigación de Perspectivas en el Ciclo Vital, Psiquiatría y Salud Mental de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad

Javeriana (2011-2015)⁹⁻¹¹ sobre cognición social, los investigadores de la ENSM apoyaron la idea de incluir este tipo de contenido. Los resultados que se deriven de esta investigación propiciarán la apertura de una enorme área del conocimiento en el área de las neurociencias y además aportará reflexiones pertinentes a la actual situación nacional, objetivo principal de esta publicación.

Antes de entrar a describir lo estudiado en la ENSM, se precisa que la elección de los instrumentos a continuación descritos parte del desarrollo de situaciones concretas diseñadas para solventar las falencias de las escalas a base de declaraciones espontáneas, modalidad habitualmente usada en estudios de esta índole¹². En particular, en el estudio de la empatía se ha propuesto la observación del dolor de otras personas como un modelo de evaluación interesante en cuanto a vincular los mecanismos neurofisiológicos que subyacen a la experiencia de empatía. En este contexto, varios estudios han demostrado mediante técnicas de resonancia magnética funcional (RMf) que, observar el dolor de otro se asocia a actividades específicas de redes neurales selectivas y menos ambiguas que cuando se usan tareas que pretenden alcanzar un contagio emotivo cuando se observa al otro en situaciones de dolor emocional o de tristeza o alegría¹³⁻¹⁶. Por esta razón, las tareas aquí propuestas incluyen acciones que lastiman físicamente a otros¹³.

Método

Se realizó un estudio observacional descriptivo de corte transversal de ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La población de referencia es la de personas de edad ≥ 18 años no institucionalizada, sin limitaciones cognitivas que impidieran responder la encuesta; las personas mayores de 64 años no debían tener un cribado positivo para demencia. La muestra fue de tipo probabilístico, polietápica y estratificada por sexo y dos grupos etarios adultos de 18-44 y ≥ 45 años; para este componente, se tomó una submuestra de 3.863 individuos de los 10.870 adultos que respondieron a la encuesta; se los eligió aleatoriamente y las edades de quienes respondieron estaban en 18-96 años. La descripción detallada de la metodología se explica en el protocolo del estudio (véase la *web* del MSPS).

Instrumentos y procedimientos

Tarea de empatía frente al dolor (TED)

Los encuestadores se entrenaron en la aplicación del instrumento. Se realizó una modificación a la tarea de empatía propuesta por Decety et al¹⁷, diseñada inicialmente para un estudio con RMf¹⁸. Se registraron las respuestas de los sujetos a diferentes preguntas que evalúan los componentes cognitivos, afectivos y morales de la empatía. La TED evalúa diferentes aspectos de la empatía^{17,19-21} mediante la presentación de una serie de escenas que representan situaciones que involucran dolor (intencionado o accidental) y otras que no (situaciones control). Para la encuesta se usaron dos secuencias de tres imágenes por situación (intencionada o accidental) y una situación neutral (figura 1). En cada secuencia participan

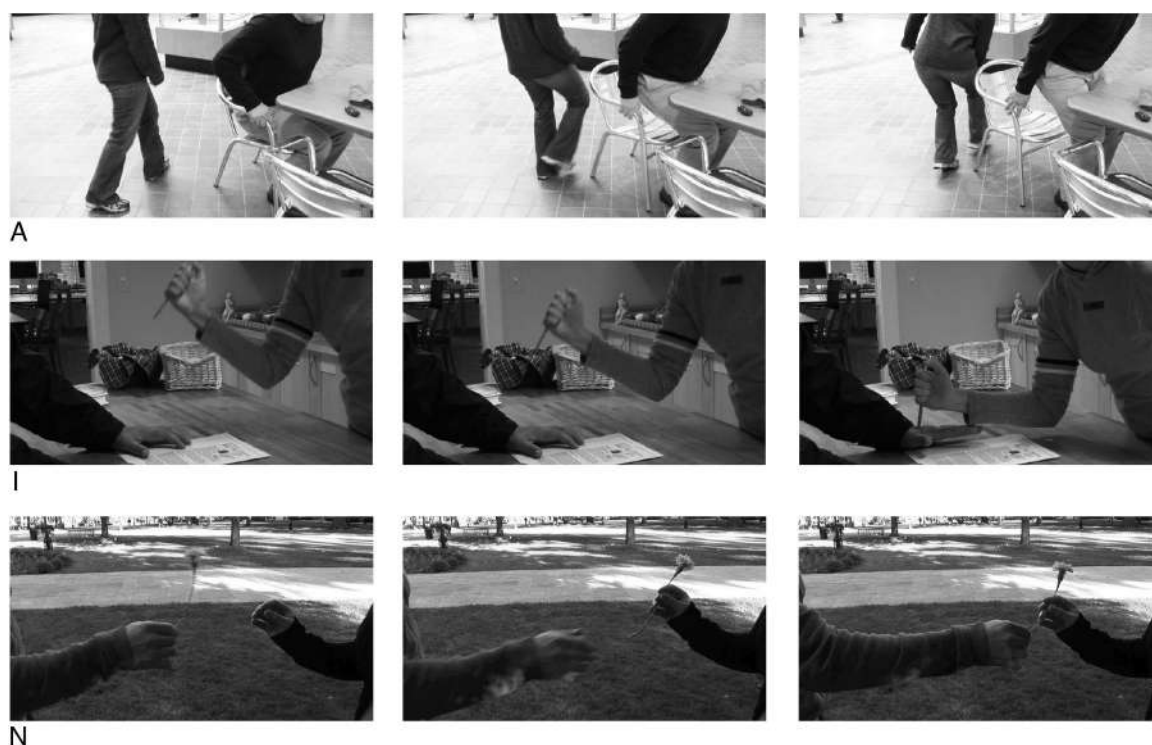


Figura 1 – Un ejemplo por cada secuencia presentada. A: dolor por acción accidental; I: dolor acción intencionada; N: situación neutra.

2 personas de diferentes edad y sexo, que muestran manos o pies, pero no sus rostros. Cada estímulo dinámico consiste en tres fotografías digitales, las cuales se presentan sucesivamente implicando movimiento. Los estímulos representan tres tipos de situaciones: a) una persona se encuentra en una situación dolorosa causada intencionadamente; b) una persona se encuentra en una situación dolorosa causada por un accidente, y c) una persona se encuentra en una situación que no involucra dolor. Después de observar cada escena, el participante debe responder a las preguntas sobre los diferentes aspectos de la empatía (tabla 1).

Reconocimiento de emociones

En la encuesta se modificó el test de conciencia de la inferencia social (*Awareness of Social Inference Test* [TASIT]). Se presentaron 12 rostros (figura 2). Los sujetos debían seleccionar la emoción que corresponde a cada cara. El encuestado siempre tenía escritas las emociones que podía seleccionar para cada rostro (figura 2).

La versión validada de esta prueba se utilizó en varios estudios de pacientes con trastornos neuropsiquiátricos, cuyos resultados ya han sido publicados¹⁹⁻²¹.

Resultados

Se presentan los dominios evaluados acerca de algunos aspectos de lo que se ha definido como cognición social, las respuestas empáticas a una secuencia de acciones que generaban dolor físico y el reconocimiento de emociones. Arrojan resultados que en ulteriores artículos se deberá profundizar.

De hecho, futuros análisis pretenden no solo describir lo específico al capítulo de salud mental-cognición social, sino que ya están en curso las factibles asociaciones entre ciertas variables de violencia y particulares problemas de salud incluidas en la ENSM. A continuación se describen algunos resultados puntuales.

Empatía

Al indagar sobre la intencionalidad de las secuencias, se observa que hay diferencias en adjudicar si la acción fue a propósito o no (intencionada o accidental), de modo que el 75% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 73,0%-77,1%) de las personas creen que la situación intencionada fue a propósito, el 64,4% (IC95%, 62,0%-66,7%) también cree que la situación accidental fue a propósito y el 73,2% (IC95%, 71,1%-75,3%) considera la acción neutra como intencionada. Si bien hay diferencias entre las situaciones, llama la atención que al menos el 64,4% de los encuestados creen que, en una situación accidental o fortuita, se juzgue al agente que la generó como con intención y desconozcan la accidentalidad del daño.

En cuanto a los resultados sobre la intención de generar daño, en las secuencias en que hay intención de dañar, como la del lápiz (figura 1, situación I), contestó correctamente que se trataba de una acción intencional el 73,7% (IC95%, 71,6%-75,7%); en las secuencias de daño accidental, como la de la silla (figura 1, situación A), indicó que era un accidente el 56,6% (IC95%, 54,0%-59,1%), y en la situación neutra (situación N), el 94% (IC95%, 92,8%-95,1%) la reconoció como tal, por lo que esta respuesta no se analiza en los demás dominios de empatía.

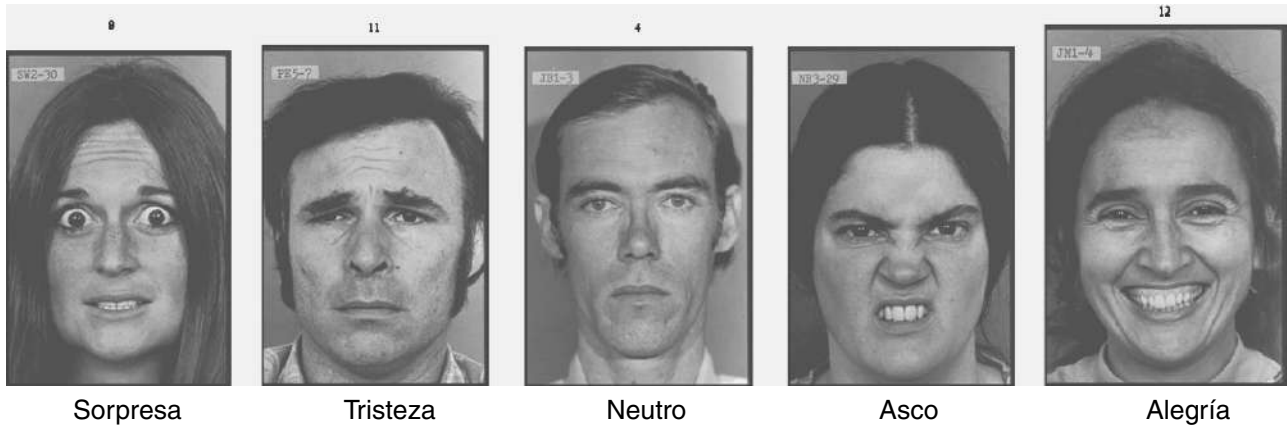


Figura 2 – Ejemplos de rostros para identificar emociones.

Los aspectos adicionales sobre empatía estudiados —afectivos (2), morales (3)— y el juicio sobre la preocupación empática (4) —si la persona lastimada en la acción lápiz, puntualmente, es alguien con quien uno no congenia, no le gusta o ha tenido diferencias— se aprecian en la tabla 1 y las figuras 3-6.

Las preguntas asociadas al juicio moral (rectitud) en relación con la respuesta «mucho» (acción muy incorrecta) se recogen en la figura 3. La figura 4 muestra el porcentaje de quienes asignan un castigo a la persona que causó el daño. Se observa que en la situación accidental se prefiere usar menos castigo que en la intencionada, pero llama la atención

que haya un 42% de encuestados que aplicarían un castigo al menos moderado en la situación accidental.

En cuanto al componente afectivo de la empatía, al menos la mitad siente poco o nada de tristeza por la persona herida. Esto es independiente de que la situación sea accidental. Solo responden «mucho» el 24,5% (IC95%, 22,0%-27,0%) en la secuencia con daño intencionado (clavar el lápiz en la mano) y el 17,1% (IC95%, 15,0%-19,5%) en el accidental. Un comportamiento similar se encuentra en el malestar generado por la situación (figura 6).

En resumen, a pesar de que las respuestas de empatía —qué tan triste se siente por quien sufrió la agresión, cuán

Tabla 1 – Aspectos afectivos y morales de acciones intencionadas y accidentales en Colombia

(2) Aspectos afectivos				
Preocupación empática	¿Qué tan triste se siente por el lastimado, si hay uno?		¿Cuánto malestar siente por la situación?	
	Intencional	Accidental	Intencional	Accidental
Nada	17	17,9	15,1	20
Poco	28	31,5	27,6	29,6
Moderado	29,7	33,5	29,1	34,1
Mucho	24,5	17,1	28,2	16,2
(3) Juicio moral				
¿Qué tan mala es la persona?	Intencional		Accidental	
Nada	6,7		31,6	
Poco	15,2		24,1	
Moderado	19,8		22,6	
Mucho	58,3		21,8	
(4) Preocupación empática adicional				
¿Cuánto le preocuparía si el lastimado (acción lápiz) fuera alguien con quien no congenia, que no le gusta o con quien ha tenido diferencias?	Intencional		Accidental	
Nada	—		18,3	
Poco	23,9		25,7	
Moderado	25,8		35,3	
Mucho	25		20,8	

Los valores expresan porcentajes.

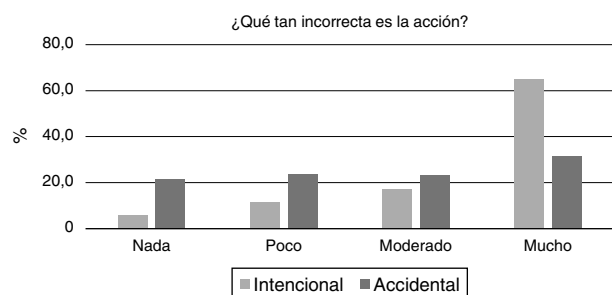


Figura 3 – Juicio moral: rectitud.

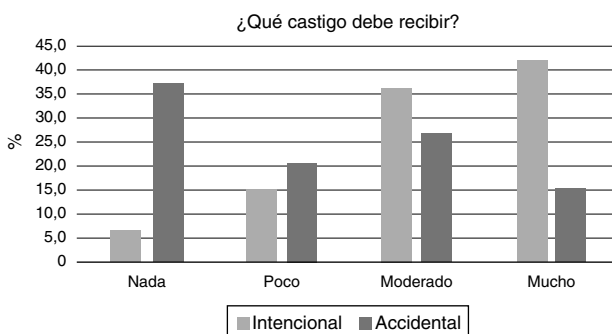


Figura 4 – Juicio moral: castigo.

molesta se siente por esa persona o cuánto le molesta— no superan en ningún caso el 40%, el castigo sobrepasa el 40% y se incluye aun en situaciones accidentales. Por último, si el lastimado no es alguien con quien se congenie, el hecho genera una preocupación distribuida, de manera similar en cualquier grado, y solo si la acción es accidental preocupa al 35,3%.

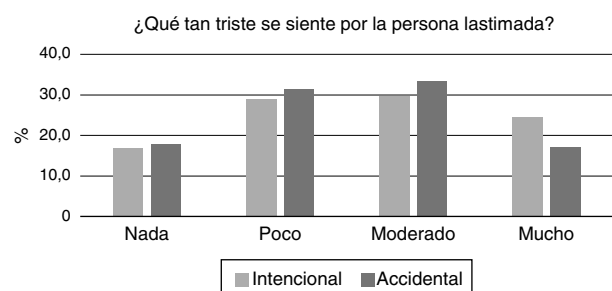


Figura 5 – Componente afectivo: preocupación empática.

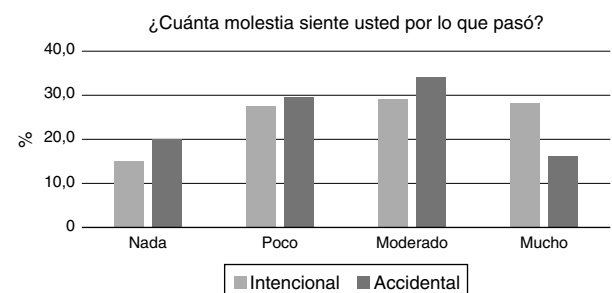


Figura 6 – Malestar.

Tabla 2 – Reconocimiento de emociones

	% (IC95%)
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)
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)
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 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 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)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

Reconocimiento de emociones

En el reconocimiento de emociones, llama la atención que el 91,5% puede identificar la emoción de alegría, el 65% identifica rostros con emoción, digamos, neutra o sin emoción y el 55%, con la emoción de sorpresa. Cabe señalar que a partir de los estudios de Ekman et al²², que popularizaron la imágenes usadas en este estudio, se afianzó lo que ya Charles Darwin había descrito sobre la universalidad de las expresiones emocionales. Ekman, en particular, definió seis emociones básicas: alegría, tristeza, sorpresa, miedo, asco y rabia, e independientemente de los movimientos musculares que realiza quien representa cada emoción, estas se agruparon en algunas positivas y otras negativas. En futuros estudios se analizará el reconocimiento por los encuestados de cada una de las emociones, pero una primera aproximación a los resultados de la encuesta puntualiza que reconocieron plenamente las emociones negativas, como miedo, asco y tristeza, solo el 19,7, el 21,8 y el 27,4% respectivamente (tabla 2).

Si se tiene en cuenta grupos etarios y condiciones como nivel educativo o pobreza, se encuentra que, según la escolaridad, el mejor reconocimiento sigue siendo de alegría, rostros neutros y sorpresa; además, tienden a mejor reconocimiento de la alegría las personas con más años de estudio y menos edad: el 96,6% (IC95%, 92,5%-98,5%) del grupo de 18-44 años con estudios universitarios completos reconoce los dos rostros, con una disminución progresiva a menor escolaridad y mayor edad: el 87,6% (IC95%, 83,9%-90,5%) del grupo ≥ 45 años sin escolaridad o con primaria completa las reconoce. Esta

misma tendencia se observa con los rostros neutros y la sorpresa.

Respecto a si las personas se encuentran en situación de pobreza o no, el reconocimiento de la alegría tiende a ser similar para ambos, pero sí hay tendencia a un mejor reconocimiento de los rostros neutros por las personas de 18-44 años; el 72,7% (IC95%, 69,7%-75,5%) de quienes no están en condición de pobreza reconocen los rostros frente al 40,1% (IC95%, 30,2%-51,0%) del grupo \geq 45 años en situación de pobreza; con los rostros de sorpresa se encuentra la misma tendencia. Por el contrario, las personas mayores en condición de pobreza tienden a un mejor reconocimiento de la tristeza, el 34,8% (IC95%, 25,1%-45,9%), que los más jóvenes que no se encuentran en esa condición, el 24,4% (IC95%, 21,8%-27,3%).

Será relevante profundizar en quiénes, dentro de la encuesta total, identifican de una u otra forma las emociones aquí estudiadas. Por ahora, estos resultados solo describen condiciones generales que, como se ha reiterado, deberán procesarse más concienzudamente.

Discusión

Investigar la cognición social en afecciones cuyo síntoma primordial es que la cognición social está afectada ha permitido grandes avances en el tema. El estudio de la variante conductual de la demencia frontotemporal (vcDFT), por ejemplo, enfermedad neurodegenerativa que ha sido objeto de estudio en lo que concierne a la cognición social, ha consolidado un conocimiento significativo, pues se trata de una enfermedad neurodegenerativa cuyos síntomas iniciales a menudo se confunden con otras enfermedades psiquiátricas²³. Las evaluaciones convencionales utilizadas por años poco a poco se han reemplazado por nuevas formas de valorar la cognición social, objetivo principal de los trabajos en esta área. Estudios recientemente finalizados por el grupo de investigación avalado por COLCIENCIAS, como se ha mencionado, resumen los modelos de la cognición social asociados a una atrofia de áreas frontotemporales que pueden explicar la gran cantidad de impedimentos en la cognición social de la vcDFT, y proponen nuevas áreas de investigación encaminadas a vincular brechas entre las ciencias sociales, la psiquiatría y la neurología, por ejemplo²⁴. Las publicaciones de nuestro grupo de investigación, en cooperación con otros centros de investigación, confirman cambios en la empatía, la conciencia social y los juicios morales^{12,18,21}, de manera biológica, si se quiere. Igualmente, se ha relacionado un importante componente genético de vcFTD con el deterioro de la cognición social; a partir de la serie de casos estudiados, se reportará que, de los tres genes principales para la vcFTD (MAPT, GRN y C9ORF72), ya se ha identificado dos mutaciones GRN y algunas variantes relacionadas con esta enfermedad en 11 familias que han confirmado cambios genéticos que se asocian a la identificación, desde lo biológico, justamente de un empeoramiento de la cognición social vínculo de la cognición social. Estos estudios en donde el enfoque de la neurociencia social combinando con el estudio comportamiento social, identificando redes neuronales, influencias genéticas y analizando las interacciones entre los comportamientos sociales y la cognición social facilitó intentar trasladar el conocimiento desde lo

clínico a la investigación en este estudio poblacional, con el fin de proponer cómo a partir de un entendimiento más profundo de ciertas enfermedades se podría abonar el terreno para el estudio de la cognición social como aporte al desarrollo del conocimiento en la salud mental.

Las discusiones profundas en torno a los hallazgos de estas publicaciones, no obstante, apuntan a que, más allá del sustrato biológico de la cognición social, hay que tener en cuenta que, si bien es cierto que el procesamiento cognitivo de aspectos sociales está integrado en circunstancias contextuales específicas, es a partir de ellas que construimos el significado social de cada situación. Actuar apropiadamente en situaciones sociales demanda la interpretación de claves contextuales explícitas e implícitas (lenguaje corporal, entonación, etc.) que orientan nuestro comportamiento, variables que han permitido el estudio de estas alteraciones en nuestros pacientes.

En suma, las neurociencias sociales han logrado importantes avances en la aclaración de la neurobiología del cerebro social^{6-8,14,25-28}, pero no se ha centrado suficientemente en otros escenarios que competen igualmente a dicha disciplina. Por ejemplo, han investigado ciertas condiciones neuropsiquiátricas¹⁸⁻²⁰, pero mantienen aún en espera el estudio de condiciones ambiguas de alteraciones de posibles cambios del comportamiento social que afectan a la salud mental pero no son enfermedades mentales.

Por todo lo descrito, un proceso psicopatológico determinado, en este caso en relación con las disfunciones cognitivas sociales, la gama de variación de la gravedad o la frecuencia de su aparición, implica una dimensión particular: en un extremo se encuentra lo «normal» y en el otro, lo «patológico», y se distinguen entre sí al establecer un punto de corte, en general, arbitrario. En cambio, la más reciente aproximación transdiagnóstica postula que los procesos mentales, incluidos los aspectos emocionales y sociales, tienen un impacto similar en diversas afecciones psiquiátricas.

Este es el primer estudio poblacional publicado sobre esta área del conocimiento. Interpretar los resultados con esta descripción general podría confundir la apreciación de cómo están la empatía y, en general, la cognición social de los colombianos si no se abordan análisis estadísticos más complejos o más allá de una única descripción porcentual de los resultados, con sus respectivos intervalos de confianza, por su puesto.

Futuros análisis de los resultados descritos incluirán observaciones y se deberá realizar estudios más minuciosos. En especial, en lo que de manera general se ha mencionado sobre los resultados de los juicios morales, la preocupación empática y los castigos hipotéticos asociados a las acciones accidentales o intencionadas, llama la atención en primera instancia que haya quienes piensan que una acción accidental puede ser intencionada. Habrá que visualizar variables que puedan explicar ese porcentaje de encuestados para definir si son sujetos con problemas de salud mental, por ejemplo, o si sencillamente es cultural creer que algo que parece casual no puede ser más que una intención no accidental o, más aún, si nos acostumbramos a que lo doloroso es solo lo que supera acciones de la vida cotidiana como los actos de violencia a que estamos expuestos constantemente. En este orden de ideas, vale la pena mencionar estudios que han abordado la empatía y el cuidado de pacientes, el rendimiento académico o la expresión empática en general en estudiantes de Medicina y

personal médico, por ejemplo²⁹⁻³⁵. Para tal proceso, véase la revisión sistemática de Kelm et al³⁶.

No se puede afirmar que todos los médicos van perdiendo los atributos cognitivos que involucran las habilidades para entender «las experiencias internas de los pacientes y las perspectivas y capacidad de comunicar dicho entendimiento», como afirman Kelm et al³⁶. No obstante, la continua exposición a situaciones dolorosas indica, como parece reportar la literatura que atañe a personal médico, dirigirle intervenciones de empatía continuamente. En otras palabras, una presentación inicial de estos resultados en la población colombiana sí parece indicar la necesidad de analizar la posible hipótesis de vincular situaciones contextuales actuales en las que a nadie escapa que continuamente, incluso en la ficción, probablemente se tome a la ligera esa permanente exposición a situaciones moralmente difíciles de cernir y afectivamente violentas sin un análisis profundo que puede incidir en el resultado de este primer reporte de resultados. La base de esta primera intuición, no obstante, se refleja incluso en la variabilidad interregional reportada en algunas variables, más allá de la educación e incluso el nivel de pobreza.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

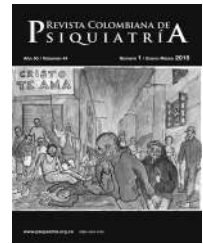
Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

BIBLIOGRAFÍA

- Matallana D. La cognición social: de sus aportes clínicos hacia las futuras direcciones en el campo de la salud mental. Retos para el futuro. 2015;816:42-9.
- Adolphs R, Tranel D, Damasio AR. The human amygdala in social judgment. *Nature*. 1998;393:470-4.
- Adolphs R. Social cognition and the human brain. *Trends Cogn Sci*. 1999;3:469-79.
- Adolphs R. The neurobiology of social cognition. *Curr Opin Neurobiol*. 2001;11:231-9.
- Adolphs R. Neural systems for recognizing emotion. *Curr Opin Neurobiol*. 2002;12:169-77.
- Di Pellegrino G, Fadiga L, Fogassi L, Gallese V, Rizzolatti G. Understanding motor events: a neurophysiological study. *Exp Brain Res*. 1992;91:176-80.
- Nimchinsky EA, Vogt BA, Morrison JH, Hof PR. Spindle neurons of the human anterior cingulate cortex. *J Comp Neurol*. 1995;355:27-37.
- Nimchinsky EA, Gilissen E, Allman JM, Perl DP, Erwin JM, Hof PR. A neuronal morphologic type unique to humans and great apes. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 1999;96:5268-73.
- De Santacruz C, Matallana D. Programa intervenciones en salud mental orientadas por la APS y reducción de la carga de trastornos mentales generadores de Mayr cronicidad y discapacidad. Código: 501253730902. Convocatoria 537 de 2011.
- Matallana D, Reyes P, López A, Uriza F, Proyecto. Los lóbulos frontales: estudio clínico y genético de la Demencia Frontotemporal. Bogotá: COLCIENCIAS; 2011.
- Matallana D, Zarate I, López A, Raskovsky K. Estudio genético de una muestra de pacientes colombianos por publicar: y colaboradores, (2015) Institutos de Envejecimiento y Genética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana. Universidad de Pennsylvania, Center of Frontotemporal dementia.
- Baez S, Manes F, Huepe D, Torralva T, Fiorentino N, Richter F, et al. Primary empathy deficits in frontotemporal dementia. *Front Aging Neurosci*. 2014;6:262.
- Peyron R, Laurent B, García-Larrea L. Functional imaging of brain responses to pain. A review and meta-analysis (2000). *Neurophysiol Clin Clin Neurophysiol*. 2000;30:263-88.
- Jackson PL, Brunet E, Meltzoff AN, Decety J. Empathy examined through the neural mechanisms involved in imagining how I feel versus how you feel pain. *Neuropsychologia*. 2006;44:752-61.
- Cacioppo JT, Berntson GG, Decety J. Social neuroscience and its relationship to social psychology. *Soc Cogn*. 2010;28:675-85.
- Decety J, Michalska KJ, Akitsuki Y. Who caused the pain? An fMRI investigation of empathy and intentionality in children. *Neuropsychologia*. 2008;46:2607-14.
- Decety J, Michalska KJ, Kinzler KD. The contribution of emotion and cognition to moral sensitivity: a neurodevelopmental study. *Cereb Cortex N Y N* 1991. 2012;22:209-20.
- Baez S, Couto B, Torralva T, Sposato LA, Huepe D, Montañes P, et al. Comparing moral judgments of patients with frontotemporal dementia and frontal stroke. *JAMA Neurol*. 2014;71:1172-6.
- Baez S, Rattazzi A, Gonzalez-Gadea ML, Torralva T, Vigliecca NS, Decety J, et al. Integrating intention and context: assessing social cognition in adults with Asperger syndrome. *Front Hum Neurosci*. 2012;6:302.
- Baez S, Herrera E, Villarín L, Theil D, Gonzalez-Gadea ML, Gomez P, et al. Contextual social cognition impairments in schizophrenia and bipolar disorder. *PLoS One*. 2013;8:e57664.
- Couto B, Sedeño L, Sposato LA, Sigman M, Riccio PM, Salles A, et al. Insular networks for emotional processing and social cognition: comparison of two case reports with either cortical or subcortical involvement. *Cortex J Devoted Study Nerv Syst Behav*. 2013;49:1420-34.
- Ekman P. What scientists who study emotion agree about. *Perspect Psychol Sci J Assoc Psychol Sci*. 2016;11:31-4.
- Ibañez A, Manes F. Contextual social cognition and the behavioral variant of frontotemporal dementia. *Neurology*. 2012;78:1354-62.
- Ibañez A, Kuljiš RO, Matallana D, Manes F. Bridging psychiatry and neurology through social neuroscience. *World Psychiatry*. 2014;13:148-9.
- Amodio DM, Frith CD. Meeting of minds: the medial frontal cortex and social cognition. *Nat Rev Neurosci*. 2006;7:268-77.
- Carr L, Iacoboni M, Dubeau M-C, Mazziotta JC, Lenzi GL. Neural mechanisms of empathy in humans: a relay from neural systems for imitation to limbic areas. *Proc Natl Acad Sci U S A*. 2003;100:5497-502.

27. Fuster JM. *The prefrontal cortex*. 4.a ed. Amsterdam: Elsevier-Academic Press; 2009.
28. Gallese V, Keysers C, Rizzolatti G. A unifying view of the basis of social cognition. *Trends Cogn Sci*. 2004;8:396-403.
29. Bertakis KD, Roter D, Putnam SM. The relationship of physician medical interview style to patient satisfaction. *J Fam Pract*. 1991;32:175-81.
30. Hojat M, Gonnella JS, Mangione S, Nasca TJ, Veloski JJ, Erdmann JB, et al. Empathy in medical students as related to academic performance, clinical competence and gender. *Med Educ*. 2002;36:522-7.
31. Mercer SW, Reynolds WJ. Empathy and quality of care. *Br J Gen Pract*. 2002;52 Suppl:S9-12.
32. Hemmerdinger JM, Stoddart SDR, Lilford RJ. A systematic review of tests of empathy in medicine. *BMC Med Educ*. 2007;7:24.
33. Epstein RM, Hadee T, Carroll J, Meldrum SC, Lardner J, Shields CG. "Could this be something serious?" Reassurance, uncertainty, and empathy in response to patients' expressions of worry. *J Gen Intern Med*. 2007;22:1731-9.
34. Hojat M, Louis DZ, Maxwell K, Markham FW, Wender RC, Gonnella JS. A brief instrument to measure patients' overall satisfaction with primary care physicians. *Fam Med*. 2011;43:412-7.
35. Derksen F, Bensing J, Lagro-Janssen A. Effectiveness of empathy in general practice: a systematic review. *Br J Gen Pract*. 2013;63:e76-84.
36. Kelm Z, Womer J, Walter JK, Feudtner C. Interventions to cultivate physician empathy: a systematic review. *BMC Med Educ*. 2014;14:219.



Artículo original

Deserción escolar de adolescentes a partir de un estudio de corte transversal: Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015



Carlos Gómez-Restrepo^{a,*}, Andrea Padilla Muñoz^b y Carlos Javier Rincón^a

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Grupo de Investigación en Derechos Humanos. Universidad del Rosario, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 12 de mayo de 2016

Aceptado el 14 de septiembre de 2016

On-line el 22 de octubre de 2016

Palabras clave:

Abandono escolar

Adolescente

Encuestas epidemiológicas

R E S U M E N

Introducción: La deserción escolar de los adolescentes puede tener consecuencias negativas no solo para el individuo y su núcleo familiar, sino también para la sociedad. Identificar características relacionadas con la ocurrencia de este evento puede contribuir a la planeación de estrategias de prevención.

Objetivos: Evaluar la relación entre características individuales y del hogar y la deserción escolar de adolescentes de 12–17 años en Colombia.

Métodos: Este es un estudio transversal, la información se extrajo de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, y se estudió la relación entre características individuales y del hogar y la deserción escolar de adolescentes de 12–17 años.

Resultados: Se observó un mayor porcentaje de adolescentes no escolarizados en los grupos de más edad, de sexo femenino o que han tenido hijos. Entre las características del hogar se identificó que los hogares con 2 personas, de zona rural o en estado de pobreza presentan un mayor porcentaje de adolescentes no escolarizados.

Conclusiones: Las estrategias cuyo objetivo sea prevenir la deserción escolar deben considerar a las poblaciones con mayores porcentajes de adolescentes no escolarizados (mujeres, hogares de zona rural y hogares en estado de pobreza). Acciones de prevención del embarazo adolescente pueden contribuir a evitar la deserción.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.003>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

A Cross-sectional Study of School dropout in adolescents: National Mental Health Survey Colombia 2015

A B S T R A C T

Keywords:
School dropouts
Adolescent
Health surveys

Introduction: School dropout in adolescents can have negative consequences, not only for the individual and the family, but also for the society. To identify the characteristics associated with the occurrence of this event might contribute to the planning of a prevention strategy.
Objectives: To evaluate the relationship between the individual and home characteristics and school dropout in adolescents from 12 to 17 years old in Colombia.

Methods: A cross sectional study was conducted from information taken from the results obtained in the 2015 National Mental Health Survey. A study was made of the relationship between the individual and home characteristics and school dropout in adolescents from 12 to 17 years old

Results: A higher percentage of school dropouts was found in the older adolescents, females, and those who have children. Among the home characteristics, it was observed that those homes with more than two people, located in rural area, or that are classified as poor, have an increased percentage of school dropout adolescents.

Conclusions: Strategies for which the main goal is to prevent school dropout should consider populations with higher prevalence of out-of-school adolescents (female, homes in rural area, or household poverty). Preventive actions of adolescent pregnancy might contribute to reduce the school dropout rate.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La Constitución Política de Colombia considera, en el inciso 3 de su artículo 67, que el Estado, la sociedad y la familia son responsables de por lo menos 10 años de educación, que comprenden uno de educación preescolar y 9 de básica¹. Por tal motivo, el Ministerio de Educación nacional ha implementado diversas estrategias con el fin de proveer apoyos económicos y complementarios para reducir los eventos de deserción.

La deserción escolar se ha definido como la «interrupción o desvinculación de los estudiantes de sus estudios». Esta circunstancia puede tener consecuencias para el individuo, el estudiante, las instituciones educativas, el sistema educativo y las familias².

La tasa intraanual de deserción se calcula como la proporción de estudiantes que abandonan sus estudios en el transcurso del año escolar y se denomina interanual cuando abandonan sus estudios durante el lapso entre la finalización de un año y el comienzo del siguiente. La tasa intraanual ha bajado del 7,5% en 2003 al 5,15% en 2009, y es mayor en el área rural y en algunos departamentos como Guainía, Putumayo, Vichada y Amazonas, donde oscila entre el 14,09 y el 11,18%. La menor tasa de deserción de alumnos que cursan de séptimo a décimo grado oscilaba entre el 3,8 y el 4,4%, con la menor proporción en el undécimo grado, donde se reporta del 2,1% en 2009³.

La Encuesta Nacional de Deserción (ENDE) reporta grandes complejidad y heterogeneidad del fenómeno, con diferencias entre regiones y respecto a sus causas, entre las que se han descrito motivos económicos, familiares, individuales y de la institución educativa³.

Actualmente los factores asociados a la deserción escolar se fundamentan en 4 dominios: factores individuales,

familiares, escolares y de comunidad. Igualmente se considera que, cuantos más factores tenga, mayor riesgo de dejar el colegio tiene el sujeto^{4,5}.

En el dominio escolar se encuentran variables como: la ubicación de las instituciones educativas, la inseguridad, la lejanía de la zona y los riesgos de desastres. Sobre los factores de infraestructura, en los establecimientos educativos se describen como razones de deserción: la oferta incompleta en materia académica, la falta de transporte escolar, las prácticas pedagógicas inadecuadas, la insuficiencia de alimentación escolar y la falencia de estructuras apropiadas de la institución educativa^{3,6}. Asimismo, en la percepción del ambiente escolar, la falta de aceptación de los maestros o los compañeros, los costos educativos, el conflicto y la convivencia escolar y la inexistencia de actividades en grupo después del horario escolar^{7,8}.

En cuanto el dominio familiar, algunos factores relacionados con el hogar son: los cambios del lugar de residencia, la poca relevancia dada por la familia a la educación, los problemas económicos, el desplazamiento forzado, los estudios de los padres y las familias inestables^{9,10}. Respecto al dominio individual, se encuentra el trabajo infantil, las dificultades académicas, el bajo rendimiento, el abuso de sustancias, la baja autoestima, las conductas disruptivas, el poco gusto por el estudio y la paternidad o la maternidad tempranas^{7,11,12}. Finalmente, del dominio de la comunidad, se encuentra la falta de actividades impulsadas por la comunidad fuera del horario escolar que permitan dar al sujeto una sensación de agrado y aceptación a la comunidad⁴.

Por otro lado, Spinoza et al.¹³ describen que los factores que originan la deserción del sistema escolar se pueden agrupar en las explicaciones intraescolares y extraescolares. En estas se encuentran como principales causas la situación

socioeconómica y el contexto familiar. Asimismo se han asociado la pobreza, la marginalidad, la disfunción familiar, la búsqueda de trabajo y las bajas expectativas de la familia con respecto a la educación, entre otros factores desencadenantes¹⁴.

Se ha descrito que los estudiantes que desertan provienen de familias con bajas expectativas educacionales, que no dan apoyo académico ni supervisan las actividades de sus hijos^{15,16}.

Por otra parte, la deserción escolar de las adolescentes embarazadas se ha reportado como una importante causa; al respecto, en el Valle del Cauca se describe un 24,6% de deserción de la IE por adolescentes durante un año electivo suscitado por embarazo, el cual es más frecuente entre las adolescentes de 12-15 años que quedan embarazadas¹⁷. De la misma manera, la paternidad temprana tiene un impacto en el abandono escolar¹⁸.

De Rider et al.¹⁹ recalcan la importancia de considerar los problemas de salud física o mental como causas del abandono escolar. Refiere un estudio chileno que la deserción de los adolescentes tiene importantes implicaciones personales, educativas, familiares y sociales²⁰. En este mismo estudio se reporta que un 20% de las adolescentes que desertan antes del embarazo por motivos económicos pobres y las razones para desertar por embarazo son la vergüenza y las complicaciones obstétricas. Al respecto en el Encuesta Nacional de Salud Mental se tiene datos acerca de la escolarización en adolescentes de 12-17 años, y ello motiva el presente estudio.

La importancia de investigar estos factores radica en los problemas que producen en la economía del sujeto y el eventual desarrollo de la comunidad, pues se sabe que las personas que abandonan el estudio ganan menos y son menos productivas que quienes terminan sus estudios⁷. También en relación con tener menores ingresos, quienes no completan sus estudios tendrán una diferencia en los accesos a salud, comida saludable, vivir en una casa o barrio más seguros, todos ellos posibles estresores para la salud mental. Además, no estudiar se relaciona con mayor probabilidad de conductas de riesgo para la vida, tales como disminución de actividad física o consumo de cigarrillo¹⁸.

Dado que la mayor parte de la información existente es de países con características diferentes de la población colombiana, y teniendo en cuenta que la deserción escolar es multifactorial, se ve la necesidad de caracterizar la deserción a escala nacional y su relación con los factores descritos, ya sean individuales, del hogar o la comunidad, lo cual permitirá el desarrollo de propuestas aplicables a nuestra sociedad. Teniendo en cuenta esto y dadas las características de la ENSM 2015, se desea dar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales y el acceso a los servicios de la población colombiana adolescente investigando la asociación de los factores previamente mencionados con la deserción escolar en nuestro medio como factores extraescolares y del sujeto.

Métodos

Este estudio se realizó con base en la información recolectada en el estudio de corte transversal ENSM 2015, liderado

académicamente por el Departamento de Epidemiología y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. Este es un estudio observacional de corte transversal, estratificado por sexo y por las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá), a partir de una muestra de tipo probabilístico que incluyó a personas residentes en hogares de áreas urbanas y rurales del país. Los datos obtenidos, previo consentimiento, se refieren a la población civil mayor de 7 años, se recolectó información de 13.555 hogares y 15.351 personas, que conformaron una muestra con representatividad regional. Se estimaron las proporciones de prevalencia de vida y prevalencia en los últimos 12 meses para los trastornos estudiados. Las estimaciones se ponderaron según los efectos del muestreo con los factores de expansión y se acompañaron de los respectivos intervalos de confianza del 95% (IC95%). Como posibles fuentes de sesgo, se encuentra el de memoria en cuanto prevalencia de vida.

La muestra incluye información de los adolescentes de 12-17 años incluidos en la ENSM 2015; los criterios de exclusión fueron: tener alguna limitación auditiva, visual o de lenguaje que impidiera responder a la encuesta, no hablar español, estar institucionalizado o no desear la participación y no firmar el consentimiento informado. Las variables observadas fueron: escolarizado (si actualmente estudia o no), edad, sexo, desplazamiento de lugar de residencia a causa de la violencia, número de personas por hogar, nivel de educación del jefe del hogar, si ha tenido hijos, zona (rural/urbana), región (Central/Atlántica/Bogotá/Oriental/Pacífica), nivel de pobreza (medido a partir del índice de pobreza multidimensional [IPM])^{21,22}, si ha sufrido algún trastorno mental en su vida (depresión mayor o menor, distimia, manía, hipomanía, TAG, pánico, fobia social), número de grupos de su comunidad en los que participa, si tiene alguna enfermedad crónica, si ha sufrido por lo menos un evento traumático, si ha tenido síntomas de ansiedad, depresión, psicosis o epilepsia (medido a partir del cuestionario autoaplicable SRQ)²³, disfunción familiar (medido a partir del Apgar familiar)²⁴, consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses y consumo de bebidas alcohólicas (medido a partir del cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol Audit)²⁵.

Todos los análisis que se describen a continuación se ponderaron utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas²⁶. Se calcularon frecuencia absoluta y relativa de cada una de las variables incluidas en el estudio. Se estimó la proporción de adolescentes no escolarizados en todo el país y por cada uno de los subgrupos determinados por las variables incluidas con su correspondiente IC95%. Se estimó la razón de disparidades (*odds ratio* [OR] bruta) para deserción escolar por cada categoría de variables incluidas. Se evaluó la asociación entre cada variable y la escolarización a partir de la prueba de la χ^2 de Pearson. Con las variables que en la prueba de asociación obtuvieron $p < 0,2$, se ajustó un modelo de regresión logística de tipo exploratorio reportando como medida del efecto su OR (IC95%)²⁷.

Resultados

Se analizó una muestra de 1.754 adolescentes. La distribución de la muestra fue: por sexo, el 48,3% varones y el 51,7%

mujeres; por región, el 18,8% Central, el 23,5% Atlántica, el 17,1% Bogotá, el 23,4% Oriental y el 17,2% Pacífica; y por zona, el 77,6% zona urbana y el 22,4% zona rural.

El 13,7% (IC95%, 11,6-16%) de los adolescentes no estaban escolarizados, y de ellos el 97,6% alcanzó un nivel de educación

preescolar, básica primaria, básica secundaria o media y el 2,4% restante, un nivel técnico o tecnológico. La media de edad de los adolescentes no escolarizados (15,9 años; IC95%, 15,8-16,1) era mayor que la de los adolescentes escolarizados (14,3 años; IC95%, 14,2-14,4) en el momento del estudio.

Tabla 1 – Porcentajes de adolescentes no escolarizados por características del adolescente

Variables	n (%)	Deserción, % (IC95%)	OR (IC95%)
Sexo			
Varones	847 (48,3)	12 (9,1-15)	1,4 (0,96-2,03)
Mujeres*	907 (51,7)	16 (13-19)	
Tiene hijos			
Sí	107 (6,1)	37 (24-53)	4,2 (2,15-8,13)
No*	1.647 (93,9)	12 (10-15)	
Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida			
No desplazado	1.193 (68,0)	12 (9,7-15)	1,6 (0,76-3,43)
Por conflicto armado o inseguridad	71 (4,0)	18 (9,9-31)	
Por otra causa*	490 (27,9)	17 (13-22)	
Ha sufrido de cualquier trastorno mental			
Sí	137 (7,8)	13 (8-21)	1,0 (0,52-1,72)
No*	1.617 (92,2)	14 (12-16)	
Número de grupos en los que participa			
Ninguno	962 (54,9)	18 (14-21)	0,5 (0,32-0,74)
Un grupo	642 (36,7)	9,5 (6,9-13)	
Dos grupos	110 (6,3)	6,5 (2,6-15)	
Tres o más grupos*	37 (2,1)	13 (4,5-33)	
Tienen alguna enfermedad crónica			
Sí	727 (41,5)	12 (9,6-16)	0,8 (0,56-1,2)
No*	1.026 (58,5)	15 (12-18)	
Ha sufrido un evento traumático			
Sí	527 (30,0)	15 (11-19)	1,1 (0,74-1,63)
No*	1.227 (70,0)	13 (11-16)	
Síntomas de ansiedad			
Ningún síntoma	834 (47,5)	15 (12-19)	0,8 (0,52-1,17)
1-2 síntomas, bajo	641 (36,5)	12 (9,4-16)	
3-4 síntomas, medio	193 (11,0)	11 (7,4-18)	
Más de 5 síntomas, alto*	86 (4,9)	13 (6,4-24)	
Síntomas de depresión			
1-3 síntomas, bajo	1.403 (80,0)	14 (12-17)	0,8 (0,5-1,28)
4-6 síntomas, medio	280 (16,0)	12 (8,1-17)	
Más de 7, alto*	71 (4,0)	10 (4,5-21)	
Síntomas de psicosis			
Ningún síntoma	1.564 (89,2)	14 (12-17)	0,7 (0,42-1,23)
1 de 2 síntomas indicadores de psicosis positivo*	190 (10,8)	11 (6,7-16)	
Síntomas de epilepsia			
Ningún síntoma	1.715 (97,8)	14 (12-16)	0,9 (0,31-2,49)
Un síntoma compatible con epilepsia positivo*	39 (2,2)	12 (4,8-28)	
Consumo de sustancias			
Consumo de al menos una sustancia en los últimos 12 meses	68 (4,0)	35 (21-52)	3,6 (1,68-7,5)
Sin consumo*	1.632 (96,0)	13 (11-15)	
Nivel de consumo de alcohol			
Probable dependencia del alcohol	3 (0,2)	44 (5,9-91)	5,4 (0,42-69,67)
Consumo excesivo	42 (2,4)	22 (11-41)	
Bebedores en riesgo	49 (2,8)	37 (22-56)	
Ninguno de los anteriores*	1.660 (94,6)	13 (11-15)	

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

Fuente: cálculos propios a partir de la ENSM 2015.

* Categoría de referencia para el cálculo de la OR bruta.

En la tabla 1 se presentan la distribución de la muestra, los porcentajes estimados de adolescentes no escolarizados y las OR brutas de cada categoría de las variables que caracterizan al adolescente. Se observó un mayor porcentaje de adolescentes no escolarizados entre las mujeres, los que han tenido hijos, los que no participan en ningún grupo de su comunidad, los que han consumido por lo menos una sustancia en los últimos 12 meses y aquellos con algún grado de consumo de alcohol.

En la tabla 2 se presentan la distribución de la muestra, los porcentajes estimados de adolescentes no escolarizados y las OR brutas de las variables relacionadas con el hogar. Se encontraron los porcentajes más altos de adolescentes no escolarizados cuando el nivel educativo del jefe del hogar era bajo, cuando el número de personas en el hogar era igual a 2, cuando el hogar se ubicaba en una zona rural, si el hogar estaba clasificado como en estado de pobreza y con un nivel moderado y grave de disfunción familiar.

En la tabla 3 se presentan la estimación las OR ajustadas y sus correspondientes IC95% a partir del modelo de regresión logística. Se observaron OR significativas en los grupos de mayor edad, con hijos, desplazados por la violencia en algún momento de la vida, cuando habitan 2 personas por hogar respecto a si viven 5 o más personas por hogar, ser mujer, cuando el hogar se ubica en zona rural o está clasificado en estado de pobreza. Se observó un riesgo 2,97 veces mayor

en los adolescentes con un jefe del hogar sin ningún grado de educación que en los adolescentes con jefe del hogar universitario o posgraduado, y un riesgo 6,17 veces mayor en los adolescentes con probable dependencia de alcohol respecto a los que no tienen ningún grado de consumo. Los valores de p asociados a esos 2 resultados no fueron estadísticamente significativos.

Discusión

Entre los factores estudiados, se encontró que tener hijos se relaciona con estar no escolarizado; resultado que concuerda con el estudio realizado por Osorio et al.¹⁷; a través de un seguimiento de 1 año a 112,470 estudiantes adolescentes en colegios del Valle del Cauca, encontraron una deserción escolar significativamente mayor (24,6%) entre las embarazadas que entre las no embarazadas. Según Molina et al.²⁰, los principales motivos de deserción en esta población son problemas económicos, vergüenza ante sus compañeros y complicaciones obstétricas. Algunas estrategias que se han propuesto para esta población son la educación parental, incentivos académicos y ayudas para el transporte y cuidados del infante²⁸.

Se encontró que el desplazamiento a causa del conflicto armado o por otro motivo se relaciona con la no escolarización

Tabla 2 – Porcentaje de adolescentes no escolarizados clasificados por características del hogar

VARIABLES	n (%)	Deserción, % (IC95%)	OR (IC95%)
<i>Educación del jefe de hogar</i>			
Ninguno	102 (6,2)	35,0 (23,0-49,0)	7,4 (1,7-32,8)
Preescolar, primaria y secundaria	1.322 (80,1)	14,0 (11,0-16,0)	2,1 (0,5-8,6)
Técnico/tecnólogo	126 (7,6)	4,9 (1,4-16,0)	0,7 (0,1-4,7)
Universitario/posgraduado*	100 (6,1)	6,8 (1,8-22,0)	
<i>Número de personas por hogar</i>			
1 persona	10 (0,6)	14,0 (1,7-59,0)	0,9 (0,1-8,7)
2 personas	146 (8,3)	26,0 (18,0-36,0)	2,1 (1,2-3,9)
3 personas	371 (21,2)	16,0 (11,0-22,0)	1,1 (0,6-2,0)
4-5 personas	882 (50,3)	12,0 (9,1-15,0)	0,8 (0,5-1,2)
6 o más*	345 (19,7)	14,0 (10,0-20,0)	
<i>Zona</i>			
Urbana	1.362 (77,7)	12,0 (9,5-14,0)	1,9 (1,2-2,8)
Rural*	392 (22,3)	20,0 (15,0-25,0)	
<i>Región</i>			
Central	330 (18,8)	15,0 (11,0-21,0)	0,8 (0,5-1,4)
Atlántica	412 (23,5)	12,0 (8,7-17,0)	0,6 (0,3-1,1)
Bogotá	300 (17,1)	9,8 (6,3-15,0)	1,1 (0,6-1,9)
Oriental	411 (23,4)	16,0 (12,0-23,0)	0,9 (0,5-1,5)
Pacífica*	301 (17,2)	13,0 (9,4-19,0)	
<i>Hogares en estado de pobreza</i>			
Sí	386 (22,0)	26,0 (20,0-32,0)	3,2 (2,2-4,7)
No*	1.368 (78,0)	9,8 (8,0-12,0)	
<i>Apgar familiar</i>			
Sin disfunción familiar*	1.447 (82,5)	13,0 (11,0-16,0)	
Disfunción familiar leve	191 (10,9)	8,5 (4,8-15,0)	0,6 (0,3-1,1)
Disfunción familiar moderada y grave	116 (6,6)	27,0 (17,0-41,0)	2,4 (1,3-4,6)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.

Fuente: cálculos propios a partir de la ENSM 2015.

* Categoría de referencia para el cálculo de la OR bruta.

Tabla 3 – Razón de disparidades ajustada a partir del modelo de regresión logística

Variables	OR (IC95%)
Edad	2,07 (1,78-2,41)
Educación del jefe del hogar (Ref.: universitarios/posgraduados)	
Ninguno	2,97 (0,60-14,76)
Preescolar, primaria y secundaria	1,13 (0,26-4,87)
Técnico/tecnólogo	0,43 (0,05-3,73)
Tiene hijos (Ref.: no tiene)	
Sí tiene	3,04 (1,53-6,03)
Desplazamiento por violencia alguna vez en la vida (Ref.: Sí)	
No	0,61 (0,39-0,96)
Número de personas por hogar (Ref.: más de 5)	
2 personas	3,12 (1,44-6,75)
3 personas	1,51 (0,74-3,11)
4-5 personas	0,93 (0,52-1,66)
Sexo (Ref.: varones)	
Mujer	1,61 (1,03-2,52)
Zona (Ref.: urbana)	
Rural	1,87 (1,15-3,03)
Pobreza (Ref.: hogares no en pobreza)	
Hogares en estado de pobreza	2,79 (1,64-4,77)
Número de grupos en los que participa (Ref.: ningún grupo)	
Un grupo	0,84 (0,51-1,39)
Dos grupos	0,58 (0,14-2,45)
Tres grupos	0,83 (0,21-3,30)
Apgar familiar (Ref.: sin disfunción familiar)	
Disfunción familiar leve	0,50 (0,21-1,18)
Disfunción familiar moderada y grave	1,34 (0,67-2,65)
Consumo de sustancias (Ref.: sin consumo)	
Consumo de al menos una sustancia en los últimos 12 meses	1,39 (0,49-3,96)
Nivel de consumo de alcohol (Ref.: ninguna de las anteriores)	
Bebedores en riesgo	1,69 (0,57-5,02)
Consumo excesivo	1,36 (0,44-4,17)
Probable dependencia del alcohol	6,17 (0,45-84,32)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio bruta.
Fuente: cálculos propios a partir de la ENSM 2015.

de los adolescentes, lo cual puede tener que ver con las dificultades habituales con este tipo de situaciones, así como para el ingreso al estudio en un nuevo ambiente, los cambios familiares y personales que se suscitan con el desplazamiento.

Al evaluar la relación a partir de la estimación de riesgos indirectos ajustados (OR), las variables nivel educativo del jefe del hogar, número de grupos en los que participa, disfunción familiar, consumo de sustancias en los últimos 12 meses y consumo de alcohol no mostraron diferencias estadísticamente significativas ($p > 0,05$). Este resultado se debe interpretar considerando la precisión de la estimación de cada una de las OR obtenidas. Principalmente las variables nivel educativo del jefe del hogar y consumo de alcohol, que presentaron intervalos de confianza muy amplios. Se debe corroborar estos resultados mediante estudios ulteriores con mayor potencia muestral. Algunas estrategias dirigidas para producir impacto familiar e individual son la creación de programas de educación sexual, promoción de salud mental,

prevención de consumo de sustancias y, en el ámbito escolar, políticas para la prevención de la violencia^{18,29,30}.

Para la construcción de estrategias nacionales que busquen disminuir el riesgo de deserción escolar y aumentar la cobertura escolar (neta o bruta), es importante la identificación de la población vulnerable. En nuestro estudio se identifica que los adolescentes de sexo femenino, los adolescentes que viven en zona rural y los adolescentes de hogares clasificados en estado de pobreza presentan altos porcentajes de no escolarizados: el 16, el 20 y el 26% respectivamente. En ese sentido, el Ministerio de Educación Nacional (MEN), dentro de sus Proyectos de cobertura³¹, plantean el Proyecto de Educación Rural (PER), que busca incrementar el acceso a la educación al igual que promover la retención en el sistema educativo en el sector rural, a fin de disminuir la brecha entre la zona rural y la zona urbana. Otra apuesta realizada desde el MEN es el Programa de Alimentación Escolar (PAE)³², cuyo objetivo es aumentar el acceso y la permanencia escolar a partir del fomento de estilos de vida saludables y mejorando su capacidad de aprendizaje, a través del suministro de un complemento. Aunque existen otros programas que buscan ayudar a la población vulnerable, como el Proyecto Ícaro, Jornadas Escolares complementarias o la Atención a población vulnerable, aún se reflejan altos porcentajes de no escolarizados en estas poblaciones.

En cuanto a que las adolescentes presentan un alto porcentaje de no escolarización, no se encontró mayor evidencia al respecto en otros estudios. Por lo tanto, se ve la necesidad de investigar los motivos de este fenómeno. De igual modo, es importante empezar a incorporar este hallazgo a los distintos programas que ya existen.

Respecto al manejo de la información relacionada con el sector de la educación en el país, hay un grupo de indicadores que permiten monitorizar los avances en cobertura y permanencia, como la tasa bruta de cobertura escolar, la tasa neta de cobertura escolar, la tasa de deserción escolar intraanual e interanual y la tasa de repitencia. Aunque ya se puede consultar la información de estos indicadores en distintas bases de datos (p. ej., el Sistema Único de Información de la Niñez del Sistema Nacional de Bienestar Familiar [SUIN]³³ del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar o el Sistema de Información de Niñez y Adolescencia de Unicef Colombia: Sinfonía³⁴), en ningunos de ellos están disponibles los resultados de estos indicadores desagregados por sexo, zona (rural o urbana) o estado de pobreza.

Algunas variables descritas por otros autores —como la infraestructura de la institución educativa, la lejanía respecto al hogar, el transporte escolar, los costos educativos, la alimentación escolar, entre otros— no se evaluaron en este estudio, pues el diseño de la ENSM 2015 no las consideró.

Aunque nuestro estudio no permite evaluar si los factores en estudio causan la deserción escolar, por basarse en un estudio de corte transversal, sí permite comparar la población de adolescentes escolarizados y no escolarizados para identificar las diferencias en su comportamiento descrito por las variables estudiadas. Teniendo esto en cuenta, se da la posibilidad de que se realicen otros estudios dirigidos a crear estrategias que modifiquen los comportamientos encontrados en este, con el fin de crear un impacto en la deserción escolar colombiana.

Conclusiones

La deserción escolar de los adolescentes es del 13,7% (IC95%, 11,6-16,0%). Las mujeres presentan mayor deserción que los varones (el 16 frente al 12%). Los adolescentes no escolarizados tienen con mayor frecuencia hijos, no participan en grupos comunitarios, presentan consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, el jefe de hogar tiene un menor nivel de educación, viven 2 personas en el hogar, en el área rural, en estado de pobreza y tienen mayor disfunción familiar.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Conflicto de intereses

Ninguno.

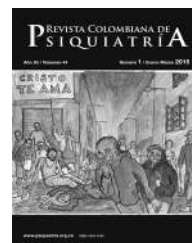
Agradecimientos

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), contrato 762-2013.

BIBLIOGRAFÍA

- República de Colombia. Constitución Política. Artículo 67. Disponible en: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=1221>.
- Ministerio de Educación ABC de la deserción [citado 24 Oct 2015]. Disponible en: http://www.mineduacion.gov.co/1621/articles-293659_archivo_pdf.abc.pdf.
- Ministerio de Educación Encuesta Nacional de Deserción Escolar (ENDE). Socialización de resultados principales en el marco de los encuentros regionales de construcción del Plan Sectorial de Educación. Presentación disponible en: <http://www.mineduacion.gov>.
- Charmaraman L, Hall G. School dropout prevention: What arts-based community and out-of-school-time programs can contribute. NIH Public Access. 2010;48 Suppl 2:1-6.
- Author P, Hammond C. Dropout risk factors and exemplary programs: a technical report. 2007 [citado 30 Ago 2016]. Disponible en: www.dropoutprevention.org.
- Pardo R. Investigaciones sobre desarrollo social en Colombia. Determinantes de la asistencia y la deserción escolar en primaria y secundaria. Bogotá: Solórzano; 2004.
- Lever N, Sander MA, Lombardo S, Randall C, Axelrod J, Rubenstein M, et al. A drop-out prevention program for high-risk inner-city youth. *Behav Modif*. 2004;28:513-27.
- Craig J. Identifying potential dropouts: key lessons for building an early warning data system a dual agenda of high standards and high graduation rates. Washington: Archive; 2006.
- Lehr CA, Johnson DR, Bremer CD, Cosio A, Thompson M. Increasing rates of school completion: moving from policy and research to practice. NCSET. 2004:84.
- Catalano RF. Communities that care: using prevention science to achieve collective impact on youth development [Internet]. 2013 [citado 30 Ago 2016]. Disponible en: <http://www.sdr.org/presentations/stanfordgardinercenterCTC91013.pdf>.
- Doll JJ, Eslami Z, Walters L. Understanding why students drop out of high school, according to their own reports: are they pushed or pulled, or do they fall out? A comparative analysis of seven nationally representative studies. *SAGE Open*. 2013;3, 2158244013503834.
- Battin-Pearson S, Newcomb MD, Abbott RD, Hill KG, Catalano RF, Hawkins JD. Predictors of early high school dropout: A test of five theories. *J Educ Psychol*. 2000;92:568-82.
- Espinoza O, Castillo D, González LE, Loyola J. Discusión teórica en torno a los determinantes de la deserción escolar. Documento de Trabajo CIE N.o 3. Santiago: Universidad Ucinf; 2010. Disponible en: http://www.ucinf.cl/files/CIE_doc.discusion.teorica.
- Pomerantz EM, Moorman EA, Litwack SD. The how, whom, and why of parents' involvement in children's academic lives: More is not always better. *Rev Educ Res*. 2007;77:373-410.
- Jeynes WH. The relationship between parental involvement and urban secondary school student academic achievement — A meta-analysis. *Urban Educ*. 2007;42:82-110.
- Spera C. A review of the relationship among parenting practices, parenting styles, and adolescent school achievement. *Educ Psychol Rev*. 2005;17:120-46.
- Osorio I, Hernández M. Prevalencia de deserción escolar en embarazadas adolescentes de institución educativas oficiales del Valle de Cauca, Colombia, 2006. *Colombia Médica*. 2011;42:303-408.
- Freudenberg N, Ruglis J. Reframing school dropout as a public health issue. *Prev Chronic Dis*. 2007;4:A107.
- De Ridder KA, Pape K, Johnsen R, Westin S, Holmen TL, Bjørngaard JH. School dropout: a major public health challenge: a 10-year prospective study on medical and non-medical social insurance benefits in young adulthood, the Young-HUNT 1 Study (Norway). *J Epidemiol Community Health*. 2012;66:995-1000.
- Molina M, Ferrada C, Pérez R, Cid L, Casanueva V, García A. Embarazo en la adolescencia y su relación con la deserción escolar. *Rev Méd Chile*. 2004;132:65-70.
- Metodologías Oficiales y Arreglos Institucionales para la Medición de la Pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
- Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. *Institute for Social & Economic Research*. 2013;1:1-58.
- Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10:177-88.
- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
- CN de I. en E y T en SC. 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: Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS; 2013. Disponible en:

- <http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC.Completa.OH.pdf>.
26. Albeiro J, Cano S. Método de las series de Taylor para resolver ecuaciones diferenciales lineales y no lineales. UNIVERSIDAD EAFIT. 2010;1:1-35.
 27. Hosmer DW, Lemeshow S, Sturdivant RX. Applied logistic regression. 3rd ed. 2013. p. 313-87.
 28. Brindis C, Philliber S. Room to grow: improving services for pregnant and parenting teenagers in school settings. *Educ Urban Soc.* 1998;30:242-60.
 29. Banspach S, Zaza S, Dittus P, Michael S, Brindis CD, Thorpe P. CDC Grand Rounds: Adolescence — Preparing for lifelong health and wellness. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep.* 2016;65:759-62.
 30. Morone JA, Kilbreth EH, Langwell KM. Back to school: a health care strategy for youth. *Health Aff (Millwood).* 2016;20:122-36.
 31. Ministerio de Educación Nacional. Proyecto de educación rural - PER [citado 1 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.mineduacion.gov.co/1621/w3-article-329722.html>.
 32. Ministerio de Educación Nacional. Programa de alimentación escolar-PAE [citado 1 Dic 2015]. Disponible en: <http://www.mineduacion.gov.co/1621/w3-propertyvalue-49760.html>.
 33. Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Sistema Único de Información de la niñez del Sistema Nacional de Bienestar Familiar SUIN. Disponible en: <http://www.suin-snbf.gov.co/SUIN/Default.aspx>.
 34. Unicef Colombia Sistema de Información de niñez y adolescencia Sinfonía. Disponible en: <http://www.sinfoniaunicef.info/>.



Artículo original

Problemas mentales, trastornos del afecto y de ansiedad en la población desplazada por la violencia en Colombia, resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Nathalie Tamayo Martínez^{a,*}, Carlos Javier Rincón Rodríguez^a, Cecilia de Santacruz^b, Nubia Bautista Bautista^c, Jaime Collazos^d y Carlos Gómez-Restrepo^{a,b}

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental, Subdirección de Enfermedades No Trasmisibles, Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

^d Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de julio de 2016

Aceptado el 23 de septiembre de 2016

On-line el 10 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Problemas mentales

SRQ

AUDIT

Trastornos del afecto

Trastornos de ansiedad

Población desplazada

RESUMEN

Introducción: Colombia tiene una gran población expuesta a la violencia, con una cifra importante de desplazados por esta, quienes se encuentran en mayor riesgo de vulnerabilidad, por lo que es necesario evaluar en ellos problemas y trastornos mentales para definir intervenciones específicas necesarias.

Objetivos: Determinar la prevalencia de problemas y trastornos mentales de la población colombiana desplazada por el conflicto armado interno.

Métodos: Datos emanados de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Se realizó la entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI-CAPI) y el Cuestionario de Síntomas (SRQ) como indicador de posible enfermedad psiquiátrica; el consumo de alcohol se evaluó con el test de identificación de trastornos por consumo de alcohol (AUDIT); se diseñó una encuesta basada en la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST); se modificó la Lista de Chequeo de Estrés Postraumático (PCL-C) para determinar posible estrés postraumático y se aplicó el Índice Multidimensional de Pobreza (IPM) y el APGAR familiar a los datos generales del individuo y del hogar.

Resultados: Se detectó a 943 personas desplazadas por la violencia. Se presenta SQR positivo en el 16,4% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 13,2%-20,1%); la prevalencia de cualquiera de los trastornos mentales medidos (CIDI-CAPI) alguna vez en la vida es del 15,9% (IC95%, 11,9%-21,1%); la de ideación suicida es del 12,5% (IC95%, 9,0%-17,1%); la de

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nathalietaamayo@gmail.com (N. Tamayo Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.004>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

consumo de alcohol excesivo, del 10,1% (IC95%, 7,2%-13,9%); el 35,6% (IC95%, 30,7%-40,8%) de las personas reportan que han vivido o presenciado o les han contado que alguien cercano ha tenido un evento traumático relacionado con el conflicto armado; se reporta un mayor riesgo de estrés postraumático en personas desplazadas que han reportado por lo menos un evento traumático (3,6%; IC95%, 2,2%-5,9%); la disfunción familiar en desplazados es ausente (74,8%; IC95%, 70,4%-78,8%).

Conclusiones: La población desplazada tiene una alta prevalencia de problemas y trastornos mentales, lo que ratifica la situación de desventaja en que se encuentran.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Mental Problems, Mood and Anxiety Disorders in The Population Displaced by Violence in Colombia; Results of The National Mental Health Survey 2015

A B S T R A C T

Keywords:

Mental health problems
SRQ
AUDIT
Mood disorders
Anxiety disorders
Internal displacement

Introduction: Colombia has a large population exposed to violence. Our data suggest a significant number displaced by the conflict. As there is an increased risk of vulnerability, their problems and mental disorders need to be assessed in order to determine specific treatments.

Objectives: To determine the prevalence of problems and mental disorders in those internally displaced by the conflict.

Methods: Data was obtained from the National Mental Health Survey 2015. The diagnostic tools used were the composite international diagnosis interview (CIDI-CAPI), Self-reporting questionnaire (SQR). Alcohol consumption was assessed with the Alcohol Use Disorders Identification test (AUDIT). A survey based on the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST) was developed. The modified Post-traumatic Stress Disorder (PTSD) Checklist-Civilian version (PCL-C) was used to determine possible post-traumatic stress Disorder. Multidimensional poverty index (MPI) and Family-Apgar questionnaire were applied to general individual and household data.

Results: A total of 943 persons displaced by the conflict were reported, with self-report of symptoms in 16.4% (95% CI, 13.2-20.1). The prevalence of any of the measured mental disorders (CIDI-CAPI) ever in life was 15.9% (95% CI, 11.9-21.1), with a suicidal ideation of 12.5% (95%CI, 9.0-17.1), and excessive alcohol consumption in 10.1% (95% CI, 7.2-13.9). More than one-third (35.6%, (95% CI, 30.7-40.8) of people report having experienced, witnessed, or been told that someone close had had a traumatic event related to the armed conflict. An increased risk of PTSD is reported by 3.6% (95% CI, 2.2-5.9) displaced people that had reported at least one traumatic event. Family dysfunction in the displaced population is absent (74.8% (95%.CI, 70.4-78.8).

Conclusions: The displaced population has a high prevalence of problems and mental disorders, which confirms their disadvantaged situation.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En el informe del Centro Nacional de Memoria Histórica, se describe la situación de violencia relacionada con el conflicto armado desde 1958 a 2013, en el que reportan 4.744.046 personas desplazadas hasta ese momento, y que además, entre 1985 y 2012, cada hora se desplazaron 26 personas en el país¹; al 7 de julio de 2016, el Registro Único de Víctimas en Colombia contaba 8.068.272 víctimas, de las que 6.419.819 son desplazados²; y en estudios específicos de estas personas se ha reportado que se encuentran en mayor riesgo de vulnerabilidad³⁻⁶.

En los estudios de población desplazada que evalúan los trastornos mentales, varían las poblaciones de referencia de las que se toman las muestras; el diseño más frecuente es el observacional descriptivo de corte transversal y las series de casos basados en registro de personas desplazadas con muestras no probabilísticas, en las que tampoco se especifica el tiempo desde que ocurrió el evento⁷⁻⁹. De otra parte, esta situación no ha sido evaluada en profundidad en las encuestas de salud mental de 2003, 1997 y 1993. En estudios con población desplazada en Bucaramanga, se encuentra una prevalencia de estrés postraumático del 21,1%⁹; en el Caribe se ha reportado del 45,2%¹⁰; en Bogotá, del 97,2%¹¹. En el estudio

nacional realizado en 2010 se encuentra cribado con el SRQ positivo para algún trastorno mental en el 31,9%, psicosis en el 79,7%, alcoholismo en el 10,1% y posible epilepsia en el 10,3%. Sin embargo, el Estudio Nacional de Salud Mental realizado en Colombia en 1997 arrojó una prevalencia de estrés postraumático entre las personas expuestas a combate del 1,4% y entre las víctimas de terrorismo, del 37,1%¹², aunque estas eran, respectivamente, 17 y 52 personas de las 15.721 encuestadas, y aunque era una muestra representativa de la población colombiana, no se especifica la situación de desplazamiento. Otros estudios reportan prevalencias un poco más bajas, por ejemplo, de depresión (12%)¹³. En Europa, entre los refugiados de guerra se encuentra, tras una media de 10 años de la migración, el 43,4% de trastornos depresivos, el 43,7% de ansiedad y el 33,1% de estrés postraumático¹⁴, aunque las cifras cambian según los estudios, y otros reportan prevalencias entre el 2,3 y el 80% de estrés postraumático, de un 20,3-88,0% de trastornos de ansiedad y un 5% de trastorno depresivo^{15,16}.

Por lo tanto, con la evidencia disponible, el enfoque diferencial que menciona la ley 1.448 y las necesidades en salud mental de esta población, es necesario evaluar sus condiciones específicas de problemas y trastornos mentales para definir intervenciones específicas en ella^{5,17}. El presente estudio tiene por objeto presentar los indicadores de problemas y trastornos mentales de población colombiana expuesta a violencia, específicamente la desplazada por conflicto armado, tomada de una muestra representativa de la población general.

Material y métodos

Es un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, estudio observacional descriptivo de corte transversal tipo encuesta de ámbito nacional que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La población de referencia son personas de 18 o más años no institucionalizada; la muestra es de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad y las regiones del país. Se analizan los datos de las personas de 18 o más años que reportaron haberse desplazado por conflicto armado alguna vez en la vida.

Para la evaluación de los trastornos mentales, se utilizó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta, asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0), con criterios diagnósticos del DSM-IV. Se incluyeron el trastorno depresivo mayor, la distimia, el trastorno depresivo menor, el trastorno afectivo bipolar y otros trastornos afectivos bipolares (incluidos los de tipo II), estos agrupados como trastornos del afecto. Entre los trastornos de ansiedad, se incluyeron el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social, además del módulo de conducta suicida¹⁸.

El consumo de alcohol se indagó con el AUDIT, creado por la Organización Mundial de la Salud, cribando con el AUDIT-C, que identifica el consumo excesivo de alcohol, y clasifica en bebedores de riesgo, probable dependencia o ninguno de estos dos patrones de consumo¹⁹. Se diseñó una encuesta que indaga sobre consumo de sustancias psicoactivas basado en el ASSIST²⁰.

Para evaluar las reacciones a eventos traumáticos, se modificó la lista de eventos teniendo en cuenta las características específicas del país en que se quería incluir a los relacionados con el conflicto interno³. Asimismo, con base en la recomendación de expertos y la evidencia de que esta afección tiene baja prevalencia en las encuestas poblacionales^{18,21}, se consideró más importante la presencia de síntomas²², por lo que se consideró el PCL-C, que pregunta sobre los dominios sintomáticos del trastorno por estrés postraumático²³, manteniendo las mismas preguntas^{22,24}, con el punto de corte propuesto por Brewin²⁵, aunque se modificó el marco temporal indagando por los síntomas en los últimos 12 meses y su frecuencia: diariamente, 2-6 veces a la semana, al menos cada semana, 1-3 veces al mes y menos de 1 vez al mes o ausencia del síntoma. De esta manera, las personas con posible estrés postraumático presentan mayor frecuencia de síntomas que los reportados en la escala original.

También se utilizó el SRQ, instrumento diseñado por la Organización Mundial de la Salud²⁶ que señala probable trastorno mental; se usaron las 25 preguntas, pero no se consideraron las de alcohol, dado que ya se estaba aplicando el AUDIT. Para la calificación del SRQ como indicador de trastorno mental, se usó la posible depresión, ansiedad o epilepsia según los criterios recomendados, y para la posible psicosis, tener positiva 2 de las 5 preguntas de este dominio («¿Ha notado interferencias o algo raro en su pensamiento?», «¿Oye voces sin saber de dónde vienen o que otras personas no pueden oír?») ²⁷.

Además de los datos generales del individuo y del hogar, se investigó la funcionalidad familiar aplicando el Apgar familiar²⁸, que examina la funcionalidad familiar en adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso²⁹, y se evaluó el Índice de Pobreza Multidimensional (IPM), un indicador que refleja la privación de los hogares en 5 dimensiones: a) condiciones educativas del hogar; b) condiciones de la niñez y la juventud; c) trabajo; d) salud, y e) acceso a servicios públicos domiciliarios y de la vivienda, pero que no incluye pobreza monetaria^{30,31}.

Análisis estadístico

Se estimaron porcentajes y sus intervalos de confianza del 95% (IC95%) de cada una de las variables en estudio utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas utilizando STATA 14. Para este reporte se presentan los coeficientes de variación (CV) < 33,3%, que indican que son estimación confiables estadísticamente, y los mayores se marcan con un asterisco³².

Resultados

Se encuestó a 10.870 personas de 18 o más años³³ representativas de la población colombiana de este grupo etario; de ellos, el 7,9% informó haber sido desplazado por la violencia en algún momento de la vida; la edad promedio de los sujetos era 41,2 (IC95%, 39,7-42,7) años. En la tabla 1 se describen las características de la población. El 77% (IC95%, 73,1%-80,6%) vive en zonas urbanas, con una distribución en la región

Tabla 1 – Características de la población desplazada (n = 943)

	% (IC95%)
<i>Edad</i>	
18-44 años	60,6 (55,5-65,4)
≥ 45 años	39,4 (34,6-44,5)
<i>Sexo</i>	
Varones	48,9 (43,8-54,0)
Mujeres	51,1 (46,0-56,2)
<i>Escolaridad completada</i>	
Ninguna o primaria completa	38,6 (33,9-43,6)
Secundaria	50,7 (45,7-55,8)
Técnico o tecnólogo	7,5 (5,2-10,7)
Universitario	3,2 (1,8-5,3)
<i>Estado civil</i>	
Casado, unión libre o vive con su pareja	64,7 (59,8-69,3)
Separado, viudo o divorciado	11,5 (8,9-14,7)
Soltero	23,8 (19,7-28,5)
<i>Situación laboral</i>	
Trabajando	52,4 (47,3-57,4)
Buscando trabajo	4,8 (3,2-7,2)
Estudiando	3,0 (1,8-4,8)
Oficios del hogar	34,7 (30,2-39,4)
Incapacitado para trabajar	1,2 (0,6-2,5)
Otro	3,9 (2,4-6,4)

Central del 30,9% (IC95%, 26,2%-35,9%); en la Atlántica, el 16,9% (IC95%, 14,0%-20,3%); en Bogotá, el 15,5% (IC95%, 11,5%-20,5%); en la Oriental, el 19,8% (IC95%, 16,1%-24,0%), y en la Pacífica, el 17,0% (IC95%, 13,9%-20,6%); además, el 20,0% (IC95%, 16,5%-24,2%) se encuentra en estado de pobreza según el IMP.

En la tabla 2 se muestran los indicadores de problemas y trastornos mentales en esta población desplazada. Además de que el 60,9% de las personas que reportan que han vivido o presenciado o que les han contado que alguien cercano ha tenido un evento traumático, el 13,6% (IC95%, 8,4%-21,2%) presenta entre 3 y 5 síntomas de estrés postraumático y el 8,9% (IC95%, 5,6%-13,7%), entre 6 y 9 síntomas crónicos.

Discusión

Al comparar los resultados de toda la población colombiana en la misma encuesta, las personas desplazadas pertenecen con más frecuencia a hogares pobres (el 13,5 frente al 20,0%), un menor número de personas reporta estar trabajando (> 66,5% frente al 52,4%), aunque sí describen una menor disfunción familiar³³. En relación con la presencia de problemas y trastornos mentales, se encuentra que en toda la población colombiana el SRQ es positivo hasta en el 11,2%, mientras que entre las personas desplazadas es el 16,4%; también hay mayores prevalencias de trastornos mentales en la vida y de cualquier trastorno del afecto, del 6,7 y el 11,3% respectivamente; de cualquiera de los trastornos de ansiedad medidos, del 3,9% y el 9,0%; de cualquiera de estos trastornos, del 9,1 y el 15,9%; de conducta suicida (para «ha pensado seriamente en suicidarse»), del 6,6 y el 12,5%, y de haberlo planeado entre quienes lo han pensado es del 35,9 y el 51,5%, y

Tabla 2 – Problemas y trastornos mentales en la población desplazada

	% (IC95%)
<i>Disfunción familiar</i>	
Ausente	74,8 (70,4-78,8)
Leve	11,5 (9,0-14,7)
Moderada	7,7 (5,5-10,8)
Grave	5,9 (3,9-8,8)
SRQ positivo	16,4 (13,2-20,1)
Trastorno del afecto en la vida	11,3 (7,8-16,2)
Trastorno de ansiedad en la vida ^a	9,0 (5,8-13,8)
Cualquier trastorno en la vida	15,9 (11,9-21,1)
<i>Conducta suicida</i>	
Ideación suicida	12,5 (9,0-17,1)
Plan suicida ^b	51,5 (34,6-68,1)
Intento de suicidio	5,5 (3,1-9,6)
<i>Problemas con el alcohol</i>	
Consumo excesivo	10,1 (7,2-13,9)
Bebedores de riesgo	9,6 (7,1-12,9)
<i>Consumo de SPA en la vida</i>	
Cigarrillo	4,8 (3,5-6,6)
Alcohol	35,9 (31,3-40,7)
Marihuana	6,6 (3,8-11,2)
Otras	3,5 (1,9-6,4)
<i>Consumo de SPA en los últimos 12 meses^c</i>	
Cigarrillo	10,6 (7,2-15,4)
Alcohol	79,4 (73,5-84,3)
<i>Exposición a eventos traumáticos del sujeto o una persona cercana</i>	
Por lo menos un evento	60,9 (55,8-65,7)
Accidente de tránsito	31,6 (25,0-39,1)
Violencia intrafamiliar	11,3 (8,7-14,6)
Violencia física	5,0 (3,4-7,2)
Delincuencia organizada o común	14,3 (10,6-19,1)
Conflicto armado	35,6 (30,7-40,8)
<i>Posible estrés postraumático^d</i>	
Personas desplazadas que han reportado al menos un evento traumático	3,6 (2,2-5,9)
Total de personas desplazadas	2,2 (1,3-3,6)

IC95%: intervalo de confianza del 95%; SPA: sustancias psicoactivas.

^a Incluye solamente trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social.

^b Porcentajes respecto al total de personas que reportaron haber pensado alguna vez en suicidarse.

^c Porcentajes respecto al total de personas que reportaron el consumo de alguna sustancia psicoactiva en el transcurso de la vida.

^d La prevalencia de posible estrés postraumático en la población general es del 1,2% (IC95%, 0,95%-1,5%).

Las estimaciones sobre probable dependencia del alcohol, consumo de marihuana y otras sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses tienen un coeficiente de variación > 33,3%, por lo que no se presentan.

para haberlo intentado, del 2,5 y el 5,5%, en todos estos casos en desventaja para la población desplazada³³.

De modo semejante, las personas desplazadas reportan un evento traumático más frecuentemente que la población general (el 60,9 y el 41,4%); en ellas los más prevalentes son los relacionados con el conflicto armado y los accidentes de tránsito; también tiende a ser mayor la prevalencia de los otros eventos indagados³³ y el riesgo de estrés postraumático (2,2%) comparado con la población general (1,2%), que es casi el

doble, y es importante si se tiene en cuenta que estos síntomas son crónicos³³.

Pareciera que no hay diferencias en el consumo de sustancias psicoactivas en la vida; el de cigarrillo es del 6,3% de la población general y el 4,8% de las personas desplazadas; el de alcohol, del 33,0 y el 35,9%³³.

Este estudio tiene como fortaleza que esta muestra se tomó de la población general, y al analizar la subpoblación que reportó desplazamiento, permite incluir a personas evaluadas dentro de la distribución poblacional y que han sufrido este fenómeno, no se las estaba encuestando por su condición de desplazadas. Además, que ha usado instrumentos validados para la medición de trastornos mentales. Sus limitaciones son haber modificado la calificación del SRQ y el PCL, lo que no permite la comparación con otras encuestas; asimismo que no se indagó sobre el tiempo en el que sucedió el desplazamiento, que puede ser un determinante para ciertos trastornos⁹.

Conclusiones

Si bien existen diferencias importantes entre las personas que han sufrido desplazamiento y la población general, con mayores prevalencias entre las primeras en lo que respecta a la presencia de problemas, particularmente los relacionados con reacciones emocionales ante situaciones de gran tensión emocional, y los trastornos considerados en este estudio, las cifras totales no son tan altas como las que aparecen en otras publicaciones. Ello hace pensar en los planteamientos de distintos autores acerca de que, en la mayoría de los casos, lo que se encuentra son respuestas esperadas y limitadas en el tiempo ante este tipo de eventos. Sin embargo, habría que hacer un análisis comparativo para que se pudiera establecer las diferencias y la posible asociación entre las prevalencias de los problemas mentales y las exposiciones a las situaciones traumáticas.

Se encuentra en varios de los indicadores analizados, en concordancia con los hallazgos de otras investigaciones, que la población desplazada por la violencia está en condición de desventaja; en esta debe señalarse la precariedad económica pero, en contraste, menos disfunción familiar que en la población general, que hace evidente la coexistencia de factores negativos y positivos, todo lo cual lleva a ampliar el enfoque del fenómeno para lograr una comprensión que dé cuenta de su verdadera complejidad⁴.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los

pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM 2015; contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Ninguno.

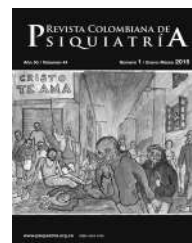
Agradecimientos

A Mauricio Medina y Viviana Cruz por los aportes al documento.

BIBLIOGRAFÍA

1. Centro Nacional de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. Bogotá: Imprenta Nacional; 2013 [citado 7 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.centrodememoriahistorica.gov.co/descargas/informes2013/bastaYa/basta-ya-memorias-guerra-dignidad-new-9-agosto.pdf>
2. Para las Víctimas U. RNI-Red Nacional de Información [citado 7 Jul 2016]. Disponible en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/>
3. Moya A. ¿Pueden la violencia y los trastornos mentales condenar a la población desplazada a una situación de pobreza crónica? 2014:1-43.
4. Ibáñez AM, Moya A. ¿Cómo deteriora el desplazamiento forzado el bienestar de los hogares desplazados? Análisis y determinantes del bienestar en los municipios de recepción [citado 1 Jul 2016]. Disponible en: <http://www.repository.fedesarrollo.org.co/handle/11445/1741>
5. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011-Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas. Disponible en: <http://www.fiscalia.gov.co/jyp/wp-content/uploads/2012/05/Ley-1448-del-10-de-junio-de-2011-Ley-de-v%C3%ADctimas.pdf>
6. Santacruz C, Chams W, Fernández de Soto P. Colombia: violencia y salud mental. La opinión de la psiquiatría. Rev Colomb Psiquiatr. 2006;35:30-46.
7. Torres Y, Bareño Silva J, Berbesi D, Sierra Hincapié G. Indicadores de trastornos de salud mental en población desplazada. Colombia, 2010. Medellín: Universidad CES; 2012.
8. Puertas G, Rios C, Valle H. Prevalencia de trastornos mentales comunes en barrios marginales urbanos con población desplazada en Colombia. Rev Panam Salud Pública. 2006;20:324-30.
9. Alejo E, Rueda G, Ortega M, Orozco C. Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. Univ Psychol. 2007;6:623-35.
10. Echenique C, Medina LM, Medina A-R, Ramírez A. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. Psicol Desde El Caribe [Internet]. 2011 [citado 30 Jun 2016]. Disponible en: <http://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/psicologia/article/view/1644>

11. Sinisterra M, Figueroa S, Moreno V, Robayo M, Sanguino F. Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá, Colombia 2007. *Psychol Av Discip.* 2010;4:83-97.
12. Herrera M, Sierra M. Factores de riesgo del trastorno de estrés postraumático. Colombia 1997 [citado 30 Jun 2016]. Disponible en: http://www.psiquiatria.com/congreso/mesas/mesa9/conferencias/9_ci_e.htm
13. Campo-Arias A, Celina Oviedo H, Herazo E. Prevalencia de síntomas, posibles casos y trastornos mentales en víctimas del conflicto armado interno en situación de desplazamiento en Colombia: una revisión sistemática. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2014;43:177-85.
14. Bogic M, Ajdukovic D, Bremner S, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Factors associated with mental disorders in long-settled war refugees: refugees from the former Yugoslavia in Germany, Italy and the UK. *Br J Psychiatry J Ment Sci.* 2012;200:216-23.
15. Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet.* 2005;365:1309-14.
16. Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights.* 2015;1:15. Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4624599/>
17. Plan Decenal de Salud Pública. Bogotá: Ministerio de Salud; 2012. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20De%20Salud%20P%C3%BAblica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
18. 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;62:617-27.
19. 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.º 23. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013. Disponible en: http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Completa.OH.pdf
20. OPS, OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/>
21. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev.* 2005;27:78-91.
22. Wilson J, Keane T. Assessing psychological trauma and PTSD. 2.ª ed. New York: The Guilford Press; 2004.
23. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress Anxiety.* 2011;28:596-606.
24. Veterans Affairs UD. PTSD Checklist-Civilian Version (PCL-C) [Internet]. 1994. Disponible en: http://www.mirecc.va.gov/docs/vsn6/3.PTSD_CheckList_and_Scoring.pdf
25. Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress.* 2005;18:53-62.
26. 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;10:231-41.
27. Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry.* 1988;10:177-88.
28. Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract.* 1978;6:1231-9.
29. Ariza LMF, Durán MCA, Cubillos ZJD, Arias AC. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2006;35:23-9.
30. Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
31. Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series. 2013.
32. 5.0 Data accuracy and quality [Internet] [citado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026m/2007001/ch5-eng.htm>
33. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet]. Bogotá: MSPS; 2015. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomo1.pdf



Artículo original

Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,*}, Carlos Javier Rincón^a y Zulma Urrego-Mendoza^c

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Departamento de Psiquiatría, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 13 de julio de 2016

Aceptado el 23 de septiembre de 2016

On-line el 2 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Indígenas

Trastornos mentales

Problemas mentales

Cultura

Alcohol

Salud mental

RESUMEN

Introducción: Los indígenas son el 5% de la población mundial y un tercio de la población pobre del mundo. Se han observado tasas de alcoholismo, abuso de sustancias, problemas y trastornos mentales más altos que en la población general.

Métodos: Análisis de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. En esta se preguntó el autorreconocimiento como indígena de acuerdo con la cultura, el pueblo o los rasgos físicos.

Resultados: Se encuestó a 902 indígenas, que corresponden al 8,3% de la población adulta encuestada, localizados mayoritariamente en el Pacífico (39,5%), la Región Atlántica (23,7%) y Oriental (20%). Reporta estado de pobreza el 26,6%, solo el 31,7% habla la lengua de su pueblo y el 17,8% informa desplazamiento por la violencia. El 42,9% define salud mental como «tener buena salud física, comer, dormir, descansar». Respecto a problemas y trastornos mentales, un 8% reporta consumo excesivo de alcohol y el 7,9%, consumo de riesgo. Respecto a posible psicopatología general medida con el SRQ, se presentan síntomas en el 8,1% de la población abordada; las prevalencias de vida de los trastornos mentales ansiosos y depresivos alcanzaron el 6,7% de las mujeres y el 8,4% de los varones, y los factores asociados que muestran mayor riesgo son la edad de 18-44 años, no hablar la lengua de su pueblo, vivir en Bogotá, en área urbana, y consumir sustancias psicoactivas y cigarrillo.

Conclusiones: Las personas que se reconocen como indígenas presentan altas tasas de desplazamiento por violencia y reportan problemas y trastornos mentales frecuentes que se asocian con factores compatibles con pérdida de rasgos culturales propios.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.005>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Mental Health, Emotional Suffering, Mental Problems and Disorders in Indigenous Colombians. Data From the National Mental Health Survey 2015

A B S T R A C T

Keywords:
Indigenous
Mental disorders
Mental problems
Culture
Alcohol
Mental health

Background: Indigenous people represent 5% of the world population and one-third of the poor ones. Alcoholism rates, substance abuse problems, and mental disorders are shown to be higher than the general population.

Methods: An analysis was made of the data from the National Mental Health Survey 2015. In this survey, it was asked if self-recognition as a native was according to the culture, the people, or physical features.

Results: A total of 902 indigenous people were surveyed, corresponding to 8.3% of the surveyed adult population. The majority (39.5%) lived in the Pacific region, with 23.7% Atlantic region, and 20% in the Eastern region. More than one-quarter (26.6%) reported a status of poverty, 31.7% spoke the language of their people, and 17.8% reported displacement due to violence. Mental health was defined as, "having good physical health, to eat, sleep and rest, by 42.9%. As regards problems and mental disorders, 8% reported excessive consumption and 7.9% a risk consumption of alcohol. As regards general psychopathology, measured by the (Self-reporting questionnaire) SRQ, 8.1% of the population had symptoms. The life prevalences of anxiety and depressive mental disorders were reported by 6.7% women and 8.4% men, and the associated risk factors that show higher risk were: aged between 18 to 44 years, not speaking the language of their people, living in Bogota, living in urban areas, and consuming psychoactive substances and tobacco.

Conclusions: People who recognised themselves as indigenous have higher rates of displacement by violence, report problems and common mental disorders that are associated with factors consistent with loss of cultural characteristics.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

Los indígenas son el 5% de la población mundial¹. En la región de América Latina y el Caribe existen unos 45 millones pertenecientes a 826 pueblos²; en Colombia, hay 102 pueblos indígenas, 34 en riesgo de extinción³, que constituyen el 3,4% de la población⁴. En América Latina son el grupo social con menor acceso a los servicios básicos de salud y educación, lo que hace de la condición étnico-racial una causa de inequidad en salud⁵, y la provisión de datos discriminados según pertenencia étnica facilita actuar para superar dichas inequidades⁶.

El Censo colombiano del año 2005 incluyó la pertenencia étnica mediante autorreconocimiento, y se define indígena la persona perteneciente a un grupo caracterizado por rasgos culturales de origen prehispánico y con una economía de autoconsumo, en áreas previamente establecidas⁷, práctica poco sistemática en los estudios del sector salud que dificulta la planeación eficaz de intervenciones acordes con las necesidades⁸⁻¹¹.

Los indígenas conceptualizan la salud mental de manera holística, contextual, ligada al territorio, el bienestar colectivo y la armonía con la madre naturaleza^{12,13}. Además, entre indígenas colombianos, el concepto de salud es integral y equiparable al de buen vivir, sin distinciones de lo físico y lo mental^{14,15}.

En estudios poblacionales, se ha encontrado que las tasas de problemas y trastornos mentales de los indígenas

suelen ser mayores que las de los no indígenas que habitan las mismas zonas. Esto es producto de las diferencias socioeconómicas¹⁶⁻¹⁸, la pobre calidad de vida, el deterioro del tejido social, cultural y familiar^{18,19} y la violencia.

La conducta suicida, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y la exposición a violencia familiar e interpersonal son problemas que repuntan entre poblaciones indígenas por todo el mundo¹. En Colombia, el 5% de la población desplazada por el conflicto armado interno es indígena²⁰; los síntomas de ansiedad son manifestaciones de malestar frecuentes entre ellos²¹.

Las tasas de suicidio de indígenas varían entre países y regiones, pero habitualmente son mayores que las correspondientes a la población general, especialmente en jóvenes; por ejemplo, en Fiji es 6 veces mayor que la de población general²²; entre los indígenas brasileños se han encontrado tasas de 30/100.000²³, y en Colombia se ha calculado en 500/100.000²⁴.

Al iniciar la adultez un 58,2% de indígenas norteamericanos ya ha cumplido con el criterio de 1 solo uso de sustancias o trastorno mental a lo largo de la vida, y el 37,2%, 2 o más trastornos mentales o usos de sustancias psicoactivas²⁵. Un 41,8% de los indígenas brasileños participantes en una encuesta poblacional manifestaron tener al menos un miembro de la familia que hace uso de alcohol, que se inicia a edad temprana, sin vinculación con la cultura o los rituales propios²⁶.

Una revisión sistemática identificó tasas variables de prevalencia de trastornos mentales entre los indígenas

australianos, según subgrupos poblacionales, así: trastorno depresivo mayor (4,3-51%); trastornos del estado de ánimo (7,7-43,1%); trastorno de estrés postraumático (14,2-55,2%); trastornos de ansiedad (17,2-58,6%); dependencia de sustancias (5,9-66,2%); dependencia de alcohol (21,4-55,4%) y trastornos psicóticos (1,68-25%)²⁷.

En contraste con las necesidades en salud mental evidenciadas, habitualmente hay importantes barreras de acceso para que estas poblaciones puedan llegar a los servicios de salud mental cuando los requieren; las barreras culturales son especialmente importantes, aunque no las únicas, y no existen acuerdos respecto al tipo y el modo de proveer una atención adecuada^{28,29,30}.

Métodos

Este es un estudio de corte transversal; la información se extrajo de los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) desarrollada por el Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística de la Pontificia Universidad Javeriana. En la ENSM 2015 se recolectó información de 13.555 hogares y 15.351 personas mayores de 7 años, lo que conforma una muestra con representatividad regional.

Se tomó la información de la población de adultos de 18 y más años incluidos en la ENSM 2015 que reportaron pertenencia étnica indígena de acuerdo con la siguiente pregunta: «¿De acuerdo con su cultura, pueblo o rasgos físicos, usted se reconoce como: indígena; gitano/romaní, raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia, palanquero de San Basilio, negro/mulato, afrodescendiente/afrocolombiano, ninguno». Se incluyó en el presente estudio a los que se autorreconocieron como indígenas. Siguiendo lo planteado por el DANE, en esta encuesta se asumió el criterio de autorreconocimiento cultural (costumbres y tradiciones) o por los rasgos físicos para reconocer a una persona como pertenencia a este grupo⁷.

Las variables observadas en esta población fueron: escolarización (si actualmente estudia o no), edad, sexo, desplazamiento de lugar de residencia a causa de la violencia, zona (rural/urbana), región (Central/Atlántica/Bogotá/Oriental/Pacífica), nivel de pobreza (medido a partir del índice de pobreza multidimensional), si ha presentado algún trastorno mental afectivo o ansioso a lo largo de su vida (depresión mayor o menor, distimia, manía, hipomanía, trastorno de ansiedad generalizada, pánico, fobia social), consumo de sustancias psicoactivas en los últimos 12 meses y consumo de bebidas alcohólicas (medido a partir del cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol Audit).

Todos los análisis fueron ponderados utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas. Se estimó la proporción de las variables incluidas en el estudio con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC95%). Se evaluó la asociación entre cada variable y la presencia de trastornos con la prueba de la χ^2 . Con las variables cuyo valor de p correspondiente a la prueba de asociación fuera $< 0,2$ se ajustó un modelo de regresión logística de tipo exploratorio,

Tabla 1 – Características sociodemográficas de la población indígena (n = 902)

Edad (años)	39 (18-88)
18-44 años	532 (59,0)
45 o más años	370 (41,0)
Sexo	
Varones	387 (42,9)
Mujeres	515 (57,1)
Estado civil	
Casado/unión libre/pareja	509 (56,4)
Separado/viudo/divorciado	146 (16,2)
Soltero	247 (27,4)
Región	
Central	86 (9,5)
Atlántica	214 (23,7)
Bogotá	66 (7,3)
Oriental	180 (20,0)
Pacífica	356 (39,5)
Zona	
Urbana	454 (50,3)
Rural	448 (49,7)
Pobreza: IMP	
Hogares en no pobreza	662 (73,4)
Hogares en pobreza	240 (26,6)
Habla lengua de su pueblo	
Sí	286 (31,7)
No	616 (68,3)

Los valores expresan n (%) o mediana (intervalo).

reportando como medida del efecto el riesgo relativo indirecto (OR) con su respectivo IC95%.

Resultados

Se encontró que 902 personas adultas reportaron pertenencia étnica indígena, lo que corresponde al 8,3% de la población adulta encuestada. Este grupo tenía una mediana de edad de 39 (18-88) años; el 59% tenía 18-44 años y los demás, ≥ 45 años. El 57,1% eran mujeres y el 42,9%, varones. Convivían con alguna pareja el 56,4%. Según la región del país, están localizados mayoritariamente en el Pacífico (39,5%), seguida de la región Atlántica (23,7%) y la Oriental (20%). La distribución en áreas rural y urbana fue semejante, con alrededor del 50% para cada una de ellas. Estaba en estado de pobreza según el IMP el 26,6% y solo el 31,7% habla la lengua materna de su pueblo (tabla 1).

Acerca de la definición de salud mental, la más seleccionada entre las propuestas del estudio (el 42,9% de los indígenas) es «Tener buena salud física, comer, dormir, descansar», seguida por «Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir» (36,2%) y «Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo» (35,7%). En cuanto a las definiciones de paz presentadas por la encuesta, el 59,3% la consideró como «Poder vivir y compartir juntos dentro de la sociedad», seguida por «Desarrollo social y humano en aspectos de educación, salud, economía, entre otros», elegida por el 39%. Un 5,5% de los indígenas describen como regular o pobre su salud mental, con una valoración del estado de salud de 75,8/100, mientras

Tabla 2 – Definición, valoración de la salud mental y estados de salud en población indígena

	% (IC95%)
<i>¿Cómo define su salud mental?</i>	
Tener buena salud física, comer, dormir, descansar	42,9 (38,2-47,8)
Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir	36,2 (31,7-41)
Sentirse bien, feliz, en paz con uno mismo	35,7 (31,1-40,5)
No preocuparse, no estresarse, no sufrir	28,5 (24,4-33,1)
Ser productivo, trabajar, estudiar	28,5 (24,3-33)
Pensar, reflexionar, aprender de la vida	21,4 (17,7-25,6)
Tener todas las comodidades, que no le falte nada	21,0 (17,4-25,1)
Llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran	19,9 (16,3-24)
No meterse con nadie y que nadie se meta con uno	15,8 (12,6-19,7)
Divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida	8,4 (5,8-11,9)
Poder hacer siempre lo que se quiere	6,9 (4,9-9,7)
<i>En general diría usted que su salud mental es:</i>	
Excelente	19,2 (16-22,9)
Muy buena	27,0 (22,9-31,5)
Buena	48,4 (43,5-53,2)
Regular	5,2 (3,5-7,7)
Pobre	0,3 (0-1,9)*
<i>¿Qué es paz para usted?</i>	
Poder vivir y compartir juntos dentro de la sociedad	59,3 (54,4-63,9)
Desarrollo social y humano en aspectos de educación, salud, economía, entre otros	38,0 (33,5-42,7)
Ausencia de violencia	27,3 (23,2-31,8)
VES, media (mayor puntuación, 100)	75,8 (74-77,6)
<i>Categorías VES</i>	
1-20	11,4 (8,4-15,4)
21-40	3,0 (1,7-5)
41-60	12,1 (9,6-15,1)
61-80	29,6 (25,2-34,3)
81-100	44,0 (39,2-48,8)

VES: valoración del estado de salud.

* Estimaciones con coeficiente de variación > 33,3%, por lo tanto, imprecisas.

que el 73,6% de las personas tiene valoraciones del estado de salud > 60 (tabla 2).

Acerca de la ideación suicida, el 4,9% de los indígenas han pensado seriamente en suicidarse y, de estos, el 27,3% han tenido un plan suicida; finalmente, el 1,3% de los indígenas han sobrevivido al intento de suicidio; el estudio no indagó sobre la frecuencia del suicidio efectivamente consumado por personas adultas pertenecientes a esta población. El mayor consumo de sustancias psicoactivas (SPA) es de alcohol, con una prevalencia en los últimos 12 meses del 81,6%, seguido por consumo de cigarrillo (8,2%) y marihuana (1,5%). El consumo de alcohol evaluado por la escala Audit muestra un consumo excesivo del 8%, con consumo de riesgo del 7,9% y probable dependencia del alcohol del 0,3% (tabla 3).

Respecto a la psicopatología general medida con el SRQ, se presentan síntomas en el 8,1% de la población indígena, con prevalencia ligeramente mayor en las mujeres (el 8,9 frente al 7,3%), los mayores de 45 años (el 11 frente al 6,6%), los que no

Tabla 3 – Intento de suicidio y consumo de sustancias en población indígena

<i>Alguna vez ha pensado seriamente en suicidarse</i>	
Sí	44 (4,9)
No	858 (95,1)
<i>De los que han pensado en suicidarse alguna vez, han hecho un plan para suicidarse</i>	
Sí	12 (27,3)
No	32 (72,7)
<i>Intento de suicidio en la población</i>	
Sí	12 (1,3)
No	890 (98,7)
<i>Consumo de sustancias psicoactivas en toda la vida</i>	
Cigarrillo	38 (4,2)
Alcohol	308 (34,1)
Marihuana	15 (1,7)
Otras	12 (1,3)
Ninguna de las anteriores	529 (58,6)
<i>De los que consumieron en toda la vida, ¿cuál es el consumo de SPA en los últimos 12 meses?</i>	
Cigarrillo	27 (8,2)
Alcohol	270 (81,6)
Marihuana	5 (1,5)
Otras	0
Ninguna de las anteriores	29 (8,8)
<i>Consumo de alcohol: AUDIT</i>	
Consumo excesivo	72 (8,0)
Bebedores de riesgo	71 (7,9)
Probable dependencia	3 (0,3)
Ninguno de los anteriores	756 (83,8)
Los valores expresan n (%).	

reportan estado de pobreza, no hablan el lenguaje de su pueblo (el 9,4 frente al 5,8%), los que viven en área urbana (el 10,9 frente al 6,2%) y en Bogotá (17,8%) y la región Central (16,6%). El 26,8% de los indígenas refieren haber sido desplazados alguna vez en la vida por amenazas contra ellos mismos o alguna persona de su hogar; acerca de la última ocasión en que ha sido desplazado, un 17,8% describe que se debió al conflicto armado o inseguridad. El 21,1% refiere haberse sentido discriminado, y ello es más frecuente entre las mujeres y los indígenas que no hablan la lengua de su pueblo (tabla 4).

Respecto a lo trastornos mentales medidos en el espectro afectivo (depresión mayor, distimia, bipolaridad) y en los trastornos ansiosos (ansiedad generalizada, ataques de pánico, fobia social), se observa en general que los indígenas presentan una prevalencia de vida del 7,6%, con mayor frecuencia entre mujeres, de 18 a 44 años, sin pobreza, que no hablan el lenguaje materno indígena, habitantes urbanas y que vivan en Bogotá o región pacífica (tabla 5). Esta prevalencia en los últimos 12 meses es de 4,1 (IC95% 2,4-7,1) para trastornos de ansiedad y el 1,4% (IC95%, 0,7-2,6) para trastornos del afecto. En el total de ambos grupos es del 5,3% (IC95%, 3,4-8,3).

Finalmente se realizó un modelo de regresión en el que se evidencia un mayor riesgo de los trastornos depresivos y ansiosos medidos entre los pacientes de 18-44 años, que no hablan la lengua de su pueblo, que viven en Bogotá, en área urbana, reportan consumo de sustancias psicoactivas/no marihuana y cigarrillo (tabla 6).

Tabla 4 – Problemas en salud mental (SRQ), desplazamiento y discriminación en población indígena

	SRQ-indicador de psicopatologías % (IC95%)	Alguna vez cambió de residencia por ser amenazado usted o alguien de su hogar por la violencia % (IC95%)	Último cambio de residencia (desplazamiento) fue por conflicto armado o inseguridad % IC (95%)	Alguna vez en la vida se ha sentido discriminado % (IC95%)
Sexo				
Varones	7,3 (4,2-12,4)	25,4 (15,8-38,2)	16,4 (8,6-29)	16,8 (11,8-23,3)
Mujeres	8,9 (5,9-13,2)	28,0 (19,5-38,5)	19,0 (12,1-28,6)	25,6 (20-32,1)
Grupos de edad				
18-44 años	6,6 (4,2-10,2)	24,3 (16,2-34,7)	18,9 (11,7-29,2)	21,5 (16,5-27,5)
45 o más años	11,0 (6,6-17,6)	30,9 (20,6-43,7)	16,0 (9-26,9)	20,5 (15-27,3)
Pobreza				
Hogares en no pobreza	8,4 (5,7-12,2)	26,7 (19,1-35,9)	18,4 (12-27,2)	21,7 (17,5-26,7)
Hogares en pobreza	7,5 (3,9-14)	27,2 (15,1-44)	15,7 (7,6-29,9) [†]	20,0 (12,9-29,7)
Habla lengua de su pueblo				
Sí	5,8 (3,1-10,7)	30,5 (17,6-47,4)	25,7 (13,9-42,5)	15,8 (10,1-23,7)
No	9,4 (6,3-13,8)	25,9 (18,5-35)	15,9 (10,1-24,3)	24,3 (19,4-30)
Zona				
Urbana	10,9 (7,2-16,1)	29,5 (20,9-39,9)	19,0 (12,1-28,6)	27,1 (21,3-33,8)
Rural	6,2 (3,6-10,6)	22,6 (13,5-35,3)	16,0 (8,3-28,7)	17,2 (12,3-23,5)
Región				
Central	16,6 (8-31,3) [*]	39,7 (21,6-61)	20,7 (9,1-40,5) [†]	26,4 (14,9-42,3)
Atlántica	3,8 (1,6-9,1) [*]	12,4 (6,2-23) [†]	9,0 (4,3-18,1) [†]	12,2 (6,8-21)
Bogotá	17,8 (7,4-36,8) [*]	37,6 (18,8-61,1)	21,7 (7,9-47,2) [†]	36,5 (21,6-54,5)
Oriental	2,1 (0,9-5) [*]	28,8 (15,6-46,8)	22,4 (11,9-38,4)	30,8 (19,3-45,5)
Pacífica	7,9 (5,2-11,7)	21,3 (11,5-35,9)	16,9 (7,9-32,3) [†]	22,2 (16,8-28,6)
Total	8,1 (5,8-11,2)	26,8 (20,1-34,7)	17,8 (12,3-25,1)	21,1 (17,2-25,6)

* Estimaciones con coeficiente de variación > 33,3%, por lo tanto, imprecisas.

Tabla 5 – Trastornos de ansiedad y depresión en población indígena en toda la vida

	Cualquier trastorno ansioso o depresivo, % (IC95%)
Sexo	
Varones	6,7 (3,8-11,5)
Mujeres	8,4 (5,2-13,2)
Grupos de edad	
18-44 años	7,9 (5-12,2)
45 o más años	6,9 (3,8-12)
Pobreza	
Hogares en no pobreza	10,3 (7-14,8)
Hogares en estado de pobreza	2,5 (1,1-5,9) [*]
Habla lengua de su pueblo	
Sí	1,0 (0,2-4,1) [*]
No	11,4 (7,9-16,2)
Zona	
Urbana	14,4 (9,5-21,2)
Rural	2,7 (1,5-4,9)
Región	
Central	6,7 (2,1-19,6) [*]
Atlántica	2,3 (0,9-5,8) [*]
Bogotá	24,7 (12,2-43,6)
Oriental	7,6 (2,7-19,6) [*]
Pacífica	9,2 (5,4-15,4)
Total	7,6 (5,3-10,7)

Discusión

Según la encuesta, un 8,3% de la población adulta se identificó como indígena por autorreconocimiento, como establece la ENSM 2015 para medir la pertenencia étnica. Ello difiere del 3,4% que reporta el DANE³¹, puesto que en la metodología utilizada por ellos un grupo poblacional es indígena según lo indicado por la Organización Internacional del Trabajo (OIT) en su Convenio N.º 169 de 1989³², requiriéndose además del autorreconocimiento: a) existencia y continuidad histórica desde antes de la conquista y colonización; b) conexión ancestral con el territorio que habitan, porque sus antepasados moraban allí, y c) continuidad total o parcial de políticas, instituciones culturales, económicas y sociales distintivas y ancestrales³³, método que claramente lleva a reducir el número de indígenas a solo los que cumplen estrictos criterios. No obstante, pensamos que con el autorreconocimiento el grupo de personas que se considera indígena debe conocer o suponer un cercano ancestro indígena, y ello facilita tener datos sobre este grupo y planear intervenciones como han propuesto algunos reportes³³.

En el estudio se muestra que alrededor de la mitad de los indígenas viven en área urbana, y el 26,6% se reporta en estado de pobreza, lo que ratifica que el tercio de población mundial pobre es indígena¹ y hace cuestionar que este grupo de población tiene aproximadamente el doble de pobreza

Tabla 6 – Factores asociados a un modelo de regresión para trastornos depresivos y de ansiedad

Cualquier trastorno ansioso o depresivo	OR	EE	t	p	(IC95%)
Sexo (varón)	0,79	0,3	-0,6	0,551	(0,37-1,71)
Edad (18-44 años)	2,20	0,8	2,1	0,040	(1,04-4,69)
Pobreza (estado de pobreza)	0,68	0,3	-0,8	0,436	(0,26-1,79)
Habla lengua de su pueblo (sí)	0,08	0,1	-3,0	0,003	(0,02-0,42)
Zona (rural)	0,30	0,1	-2,8	0,005	(0,13-0,69)
Región (Bogotá)	3,33	1,8	2,2	0,028	(1,14-9,74)
Consumo de sustancias psicoactivas (marihuana)	5,03	5,6	1,5	0,144	(0,57-44,06)
Consumo de sustancias psicoactivas (cigarrillo)	3,95	2,5	2,2	0,030	(1,14-13,63)
Consumo de sustancias psicoactivas (otras)	7,18	6,3	2,3	0,025	(1,29-40,15)
Problemas con el alcohol (ninguno)	2,20	1,6	1,1	0,278	(0,53-9,19)

EE: error estándar; IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

del 13,5% hallado para la población general colombiana. Esta situación hace suponer el sometimiento a cambios sociales innumerables y traumáticos, discriminación, marginación, precariedad económica, y otras condiciones de desventaja social, lo cual los expone crónicamente al sufrimiento emocional y a la desestructuración de su identidad^{34,33,28,35,36}, que se ve reflejada en que solo el 31,7% de los indígenas reportaron hablar la lengua de su pueblo.

Acerca de la definición de salud mental y su autopercepción, más de un tercio de los indígenas reportan que salud mental es tener buena salud física, comer, dormir y descansar; superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir o sentirse bien, feliz, en paz consigo mismo. En ello se observa que se repite lo reportado en los indígenas colombianos, como un concepto de salud integral y equiparable al de buen vivir, sin distinciones de lo físico y lo mental^{15,37}. Llama la atención que un 5,5% de los indígenas informan una salud mental regular (5,2%) o pobre (0,3%), lo cual puede ser congruente con su definición integral de salud mental y con que los pueblos indígenas han soportado largos siglos de opresión, afrontada mediante estrategias de supervivencia, resistencia y resiliencia; la promoción de la cultura propia entre los jóvenes³⁸, la participación activa en prácticas tradicionales y actividades de subsistencia y en la vida comunitaria protegen la salud mental indígena³⁹. Sin embargo, no dudando de la conveniencia de las prácticas tradicionales y la vida comunitaria para proteger la salud mental indígena en medio de la adversidad, este punto merece mayor estudio, puesto que estas cifras son semejantes a las encontradas en población general en la ENSM 2015, lo cual llevaría a pensar que esta podría ser una característica de la población en general, y no solo de los pueblos indígenas⁴⁰.

Ahora, alrededor de la salud general puntúan en promedio 75,8/100, pero un 26,5% tiene puntuaciones > 60, lo que indica por lo menos una cuarta parte de los indígenas con percepciones bajas en esta escala y amerita mayores profundizaciones en torno a las desigualdades e inequidades que evidenciamos en el campo de la salud con este grupo de población.

Acerca de las cifras de violencia, es preocupante que un 26,8% de los indígenas refieran haber sido amenazados, ellos o algún familiar, por cualquier situación de violencia; el 17,8% reporta que su último cambio de vivienda (desplazamiento) lo suscitó el conflicto armado que se vive en Colombia y el 21,1% se ha sentido discriminado, mayormente las mujeres. Estas cifras muestran el riesgo a que está sujeta esta población

producto del desplazamiento, las violencias, marchar hacia áreas urbanas y la desposesión o alteración del territorio tradicional y la cultura propia^{41,42}.

Acerca de posibles problemas y trastornos, el 1,3% ha intentado suicidarse y el 4,9% ha pensado en suicidarse. Estas cifras son ligeramente más bajas que las halladas en la población general, y no son comparables con las cifras de suicidio consumado e intentos de suicidio, mucho mayores que las de la población general, identificadas por otros estudios en pueblos indígenas específicos del país, tales como los embera, cuya tasa de suicidio consumado se ha calculado en 500/100.000 personas⁴³, o poblaciones indígenas colombianas en situaciones especiales, como la pertenencia al grupo etario infantil y juvenil, a pueblos indígenas habitantes de zonas afectadas por el conflicto armado interno, el narcotráfico y los cultivos de uso ilícito, expuestos a aculturación violenta por contacto forzoso con la sociedad dominante o por la interdependencia de otros factores⁴⁴.

Además, aunque establecer cuál es la tasa de suicidio consumado correspondiente a la totalidad de la población indígena de Colombia enfrenta a la fecha grandes problemas derivados de la ausencia de consenso en torno al tamaño de dicha población y del subregistro de los eventos⁴⁵, ha sido reconocido por el Ministerio de Salud y Protección Social del país a través del trazado de perfiles epidemiológicos específicos por etnia elaborados a partir de los registros oficiales disponibles desde el sector salud, que el suicidio se constituye en tercera causa de mortalidad general entre indígenas colombianos de 15-44 años, ubicándose además entre las primeras 10 causas de mortalidad de los niños, niñas y adolescentes indígenas de 5-14 años, con el octavo lugar⁴⁶. Todo ello lo identifica como un problema de salud pública prioritario que pone en riesgo la supervivencia de estos pueblos y amerita estudios futuros diseñados específicamente para el abordaje del problema desde una perspectiva intercultural.

Respecto al consumo de sustancias, es de resaltar el consumo de alcohol, con un 16,2% de la población que presenta consumo al menos excesivo. De estos, el 7,9% son bebedores de riesgo y el 0,3% tiene posible dependencia. Estas cifras son similares a las encontradas en otros estudios internacionales con esta población, y reflejan un alto consumo que amerita nuevos estudios que profundicen en las causas para la implementación de programas de intervención culturalmente adaptados. Respecto a los problemas mentales medidos con el

SRQ, observamos que un 8,1% de los indígenas presentan puntuaciones altas alrededor de posibles problemas mentales y el 7,6% de los trastornos depresivos y ansiosos medidos. Esto va en consonancia de los reportes que existen en Latinoamérica, aunque los colombianos son más bajos, por cuanto en esta cifra no se incluye a las personas con consumo de alcohol u otras enfermedades que se han medido en esos estudios y no en este^{27,47}.

El modelo de regresión muestra factores asociados con presentar los trastornos afectivos o ansiosos medidos: mayor riesgo de tener 18-44 años, vivir en Bogotá, consumir sustancias ilegales excepto marihuana (con la que no hay diferencias). Entre tanto están asociados negativamente o pueden ser protectores hablar la lengua de la comunidad indígena (92%; OR = 0,08) y vivir en área rural (70% menos riesgo; OR = 0,3). Estos datos son congruentes con ausencia de desarraigo y aculturación como factores protectores en este grupo de población, y señalan la necesidad de protegerlos de la exposición a violencia como factor que previene esto.

Finalmente pensamos que este estudio se constituye en el primero realizado a nivel poblacional en indígenas en Colombia, y a pesar de no ser exhaustivo para todos los trastornos y problemas posibles, permite pensar de manera general en cómo está la situación de salud mental de los pueblos indígenas del país.

Conclusiones

La población indígena en Colombia presenta cifras de pobreza altas (26,6%) y exposición a violencia que suscita desplazamiento (17,8%), cifras mayores que en otros grupos de población en Colombia.

La prevalencia de problemas es del 8,1%; la de consumo excesivo de alcohol, del 16,2%, y la de trastornos mentales (ansiedad y depresión) en el último año, del 7,6%.

Son factores que se asocian con menor riesgo de enfermedad mental en esta población hablar la lengua materna del pueblo indígena y vivir en área rural (no ser desplazado a la ciudad).

Se requiere trabajar con y por la población para reducir las inequidades que existen en salud mental, desde una perspectiva intercultural de la epidemiología y la salud.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

Ninguno.

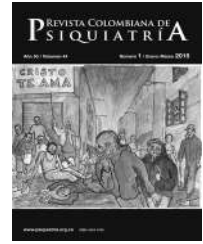
Agradecimientos

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental ENSM; contrato 762-2013.

BIBLIOGRAFÍA

1. United Nations State of the World's Indigenous Peoples. New York: United Nations Press; 2009.
2. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina. Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, Organización Panamericana de la Salud-OPS. Santiago de Chile; 2008.
3. Organización Nacional Indígena de Colombia-ONI.C. Palabra dulce aire de vida. Forjando caminos para la pervivencia de los pueblos indígenas en riesgo de extinción en Colombia. Ediciones ONIC. 2010.
4. Departamento Administrativo Nacional de Estadísticas. Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2007.
5. Haro JA. Etnicidad y salud. Estado del arte y referentes del noroeste de México. *Región y Sociedad*. 2008; 20:265-313.
6. Comisión Económica para América Latina y el Caribe. Los pueblos indígenas y afrodescendientes en las fuentes de datos: experiencias en América Latina. Santiago de Chile: Comisión Económica para América Latina y el Caribe-CEPAL, Organización Panamericana de la Salud-OPS; 2008.
7. Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2007.
8. Patiño A, Sandín M. Diálogo y respeto: bases para la construcción de un sistema de salud intercultural para las comunidades indígenas de Puerto Nariño, Amazonas, Colombia. *Salud Colectiva*. 2014;10:317-96.
9. Hunter E. Best intentions lives on: untoward health outcomes of some contemporary initiatives in Indigenous affairs. *Aust N Z J Psychiatry*. 2002;36:575-84.
10. Clelland N, Gould T, Parker E. Searching for evidence: what works in Indigenous mental health promotion. *Health Promot J Austr*. 2007;18:208-16.
11. Mosquera J. Develando lo que dicen sobre raza y etnia las revistas de salud pública de Colombia. *Revista CS*. 2015;16:113-33.
12. Ruiz E, Luisa F. Salud mental en tiempos de guerra: una reflexión sobre la relación salud mental-conflicto armado en pueblos indígenas en situación de desplazamiento en Bogotá. *Rev Fac Nac Salud Pública*. 2012;17-20, 30 Supl 1.
13. Cardona J, Rivera Y. Representaciones sociales sobre medicina tradicional y enfermedades foráneas en indígenas EmberaChamí de Colombia. *Rev Cubana Salud Pública*. 2012;38:471-83.
14. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación-SNSPI-MPC/DTO: 1397/96. Documento que recoge algunos planteamientos y propuestas sobre el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI, como una propuesta propia de salud y la

- apuesta colectiva de los pueblos indígenas. En: *Líneas de Trabajo y Prioridades*. Bogotá: Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental de la ONIC; 1996.
15. Morales L. Salud, salud mental, y musicoterapia comunitaria en población revitalizada (reentizada) indígena colombiana: el caso de la comunidad muisca de Cota 2012-2014. [tesis doctoral]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2015. Disponible en: <http://www.bdigital.unal.edu.co/50904/>.
 16. Hunter E. Indicators of psychoses or psychoses as indicators: the relationship between Indigenous social disadvantage and serious mental illness. *Australas Psychiatry*. 2013;21:22-6, <http://dx.doi.org/10.1177/1039856212460598>.
 17. Shepherd CC, Li J, Zubrick SR. Social gradients in the health of Indigenous Australians. *Am J Public Health*. 2012;102:107-17, <http://dx.doi.org/10.2105/AJPH.2011.300354>.
 18. Shepherd CC, Li J, Mitrou F, Zubrick SR. Socioeconomic disparities in the mental health of Indigenous children in Western Australia. *BMC Public Health*. 2012;12:756, <http://dx.doi.org/10.1186/1471-2458-12-756>.
 19. Semenova NB, Lapteva LV. The social hygienic and medical demographic characteristics of families of indigenous populations of Yakutia. *Probl Sotsialnoi Gig Zdravookhranennii i Istor Med*. 2015;23:12-6.
 20. Andrade J. Desplazamiento forzado y vulnerabilidad en salud mental en Colombia. *Revision del Estado del Arte. Poiesis [Revista electronica]*. 2013:25.
 21. Mora C. Ansiedad en población indígena emberá en condición de desplazamiento en la ciudad de Bogotá. *Vanguardia Psicológica*. 213;4:154-63.
 22. Pridmore S, Ryan K, Blizzard L. Victims of violence in Fiji. *Aust N Z J Psychiatry*. 1995;29:666-70.
 23. Marín-León L, Oliveira H, Botega N. Suicidios en el Brasil, 2004-2010: la importancia de los municipios pequeños. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32:351-9.
 24. Lopera J, Rojas S. Salud mental en poblaciones indígenas: una aproximación a la problemática de salud pública. *Med U P B*. 2102;31:42-52.
 25. Whitbeck LB, Sittner Hartshorn KJ, Crawford DM, Walls ML, Gentzler KC, Hoyt DR. Mental and substance use disorders from early adolescence to young adulthood among indigenous young people: final diagnostic results from an 8-year panel study. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2014;49:961-73, <http://dx.doi.org/10.1007/s00127-014-0825-0>.
 26. Melo J, Maciel S, Oliveira R, Silva A. Implicações do uso do álcool na comunidade indígena Potiguara. *Physis (Rio J)*. 2011;21:319-33.
 27. Black EB, Ranmuthugala G, Kondalsamy-Chennakesavan S, Toombs MR, Nicholson GC, Kisely S. A systematic review: Identifying the prevalence rates of psychiatric disorder in Australia's Indigenous populations. *Aust N Z J Psychiatry*. 2015;49:412-29, <http://dx.doi.org/10.1177/0004867415569802>.
 28. Johnson JL, Cameron MC. Barriers to providing effective mental health services to American Indians. *Ment Health Serv Res*. 2001;3:215-23.
 29. Legha RK, Novins, D. The role of culture in substance abuse treatment programs for American Indian and Alaska Native Communities. *Psychiatr Serv*. 212;63:686-92.
 30. Gone JP, Trimble JE, American Indian. Alaska Native mental health: diverse perspectives on enduring disparities. *Annu Rev Clin Psychol*. 2012;8:131-60.
 31. Colombia: una nación multicultural. Su diversidad étnica. Bogotá: Departamento Administrativo Nacional de Estadística; 2007.
 32. Organización Internacional del Trabajo-OIT. Convenio N.º 169 sobre pueblos indígenas y tribales en países independientes. 2.ª ed. Lima: OIT, Oficina Regional para América Latina y el Caribe; 2007.
 33. King M, Smith A, Gracey M. Indigenous Health Part 2: The Underlying causes of the Health Gap. *Lancet*. 2009;374:76.
 34. Lopera J, Rojas S. Salud mental en poblaciones indígenas: una aproximación a la problemática de salud pública. *Med U P B*. 2012;31:42-52.
 35. Kirmayer LJ, Brass GM, Tait CL. The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community. *Can J Psychiatry*. 2000;45:607-16.
 36. Pedersen D. El impacto de la pobreza, el racismo y la violencia política sobre la salud mental de los pueblos latinoamericanos. *An Salud Ment*. 1998;14:103-28.
 37. Subcomisión Nacional de Salud Propia e Intercultural de la Mesa Permanente de Concertación-SNSPI-MPC/DTO: 1397/96. Documento que recoge algunos planteamientos y propuestas sobre el Sistema Indígena de Salud Propia e Intercultural-SISPI, como una propuesta propia de salud y la apuesta colectiva de los pueblos indígenas. En: *Líneas de Trabajo y Prioridades de la Consejería de Medicina Tradicional y Salud Occidental de la ONIC, en Busca de Alternativas para el Buen Vivir*; 1996.
 38. Cwik M, Barlow A, Tingey L, Goklish N, Larzelere-Hinton F, Craig M, et al. Exploring risk and protective factors with a community sample of American Indian adolescents who attempted suicide. *Arch Suicide Res*. 2015;19:172-89.
 39. DeCou CR, Skewes MC, López ED. Traditional living and cultural ways as protective factors against suicide: perceptions of Alaska Native university students. *Int J Circumpolar Health*. 2013:72.
 40. Gómez-Restrepo C, Escudero de Santacruz C, Matallana D, Gomez L, Rodriguez V, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. MinSalud y Colciencias. Bogotá: Javegraf; 2015.
 41. State of the World's Indigenous Peoples. New York: United Nations Press; 2009.
 42. Marín-León L, Oliveira H, Botega N. Suicide in Brazil, 2004-2010: the importance of small counties. *Rev Panam Salud Publica*. 2012;32:351-9.
 43. UNICEF. Suicidio adolescente en pueblos indígenas: tres estudios de caso. Panamá: IWGIA; 2012.
 44. Romero A, Pinilla Y, Prieto D, Potes J. Revisión integral sobre prevención y atención integral a la conducta suicida en población indígena de Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social-Organización Panamericana de la Salud; 2012.
 45. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Boletín Epidemiológico Suicidio de Indígenas en Colombia, 2010-2014. Bogotá: INMLCF; 2015.
 46. Buitrago N. Perfil epidemiológico de pueblos indígenas de Colombia. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social-Organización Panamericana de la Salud; 2012.
 47. Vicente B, Kohn R, Rioseco P, Saldivia S, Torres S. Psychiatric disorders among the Mapuche in Chile. *Int J Soc Psychiatry*. 2005;51:119-27.



Artículo original

Tamizaje de rasgos de personalidad en población adulta colombiana. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Gabriel Fernando Oviedo^{a,*}, Carlos Gómez-Restrepo^{a,b}, Martín Rondón^a, Juan Pablo Borda Bohigas^c y Nathalie Tamayo Martínez^b

^a Hospital Universitario San Ignacio, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Programa de Farmacodependencia, Instituto Especializado en Salud Mental Clínica el Prado, Armenia, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 16 de mayo de 2016

Aceptado el 1 de agosto de 2016

On-line el 14 de septiembre de 2016

Palabras clave:

Personalidad

Rasgos de la personalidad

Trastornos de la personalidad

R E S U M E N

Introducción: La personalidad enmarca el modo en que los individuos aprenden de la experiencia y adaptan sus emociones, pensamientos y acciones. Los rasgos pueden configurar un trastorno de personalidad cuando existe un patrón permanente de conducta y experiencia interna que se desvía de las expectativas generadas por la cultura, tiene una naturaleza inflexible, es maladaptativo, permanece estable y tiene un impacto significativo en la capacidad de funcionamiento del individuo.

Objetivo: Establecer la prevalencia de rasgos de personalidad en mayores utilizando el módulo de la entrevista estructurada del CIDI-CAPI para rasgos de personalidad de los grupos A, B y C.

Métodos: Encuesta Nacional de Salud Mental a mayores de 18 años de Colombia.

Resultados: De los rasgos de personalidad del grupo A, se encontró que el 46% (IC95%, 45,2-48,1) de las personas están convencidas de que existen conspiraciones detrás de muchas cosas en el mundo. En relación con los rasgos del grupo B, el 35,6% (IC95%, 34,2-37,0) reporta que generalmente no se siente mal cuando ofende o molesta a alguien y el 35,4% (IC95%, 33,9-36,8) refieren que muestran los sentimientos a cualquier persona. La mayor proporción de rasgos se encontró para el trastorno límite de personalidad probable, dado que el 4,6% (IC95%, 4,1-5,2) de la población de 18 y más años tiene 6 o más rasgos de este tipo y es donde se encuentra la mayor cantidad de rasgos reportados como entidad individual, en similar proporción de varones y mujeres.

Conclusiones: La alta prevalencia de rasgos de personalidad maladaptativos requiere más estudio. Las altas prevalencias reportadas en la configuración de rasgos de personalidad límite indica la necesidad de implementar medidas que permitan una mejor prevención y un manejo integral para las personas que aquejan un posible trastorno límite de personalidad.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: goviedo@javeriana.edu.co (G.F. Oviedo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.002>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Personality Traits Screening in a Colombian Adult Population Sample — Colombian National Survey of Mental Health-2015

A B S T R A C T

Keywords:
Personality
Personality traits
Personality disorders

Introduction: Personality refers to the individual style in characteristic patterns of thinking, feeling and behaving. Traits may configure a personality disorder when there is a long-lasting rigid pattern of inner experience that deviates from the expectations of the individual's culture, are inflexible and form maladaptive schemes in different interpersonal scenarios. Given the pervasiveness of this structure, they cause impairment of functioning in the affected person.

Objective: To establish the prevalence of personality traits in all selected adults, using the module-structured interview WHO WHM-CIDI-CAPI for clusters A, B and C of personality traits.

Methods: Colombian National Survey on Mental Health with persons older than 18 years of age.

Results: Personality traits that are the most frequently described: Cluster A 46% (95%CI, 45.2-48.1) of people believe they are convinced that there are conspiracies behind many things in the world. Regarding the features of cluster B, 35.6% (95%CI, 34.2-37.0) of the population reports that generally they do not feel bad when offending or upsetting someone and 35.4% (95%CI, 33.9-36.8) refer to show feelings to anyone. The highest proportion of traits were found to the probable borderline personality disorder, as 4.6% (95%CI, 4.1-5.2) of the Colombian population aged 18 and older has 6 or more features of this type, and is the widely reported as an individual entity with similar rates in men and women.

Conclusions: The high prevalence of disruptive personality traits requires more research. The high prevalence reported for borderline personality traits suggests the need to implement measures to improve and integrate a collaborative model of care for people afflicted with a possible borderline personality disorder.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Se puede entender los rasgos de personalidad como comportamientos constantes en distintas áreas que muestran una disposición general del individuo y se expresan a lo largo del tiempo y en diferentes contextos. En la medida en que una persona tenga predominantemente unos rasgos que sean inflexibles, generen limitaciones en su experiencia y desempeño en su medio y se manifiesten en diversas situaciones, indican que el sujeto puede tener un trastorno de personalidad. La agrupación de los trastornos de personalidad se ha definido en tres grupos, según la similitud de las características de cada uno. El grupo A lo conforman los trastornos de personalidad paranoide, esquizoide y esquizotípico que se caracterizan por ser raros y excéntricos; en 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 y obsesivo-compulsivo, que se caracterizan por ser ansiosos¹⁻³.

Estudios poblacionales en otros países han identificado que los varones adultos jóvenes, no casados y con antecedentes de consumo de sustancias psicoactivas tienen mayor riesgo de que se les diagnostique un trastorno de personalidad⁴. Por otro lado, los ya diagnosticados de trastorno de personalidad tienen mayor probabilidad de sufrir enfermedades mentales,

especialmente trastornos del ánimo, ansiedad o trastornos por consumo de sustancias psicoactivas⁵⁻⁸. La relación entre los trastornos de personalidad y distintas enfermedades mentales es en algún grado específica, pues existe mayor relación entre los trastornos de personalidad del grupo A y trastornos del espectro psicótico; los trastornos de personalidad del grupo B y trastornos del afecto, multiimpulsividad, autoagresión o heteroagresión y los trastornos de personalidad del grupo C y trastornos de ansiedad. Además, las personas con trastornos de personalidad no solo tienen mayor riesgo de otras 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 sufren una calidad de vida peor que los individuos de la población general de iguales edad y sexo^{4,5,9}.

Se entiende que los trastornos de personalidad tienen una expresión y una carga de enfermedad importantes en la comunidad, aunque las prevalencias de los trastornos específicos tienden a ser bajas. Las personas con este problema utilizan más recursos de los sistemas de salud bien sea por deterioro de su salud física general, situaciones relacionadas con el trastorno de personalidad o por enfermedades mentales. Además, el curso de las enfermedades mentales es peor y la tasa de respuesta a los tratamientos para estas se reduce^{6,7,10}.

Según el reporte de las encuestas nacionales de salud mental realizadas en el mundo en 2003, Colombia presentaba las

Tabla 1 – Prevalencia estimada de trastornos de personalidad (DSM-III-R o DSM-IV)

	Torgensen et al. (2001), %	Samuels (2011), %	Coid et al. (2006), %	Lenzerweger et al. (2008), %	Trull et al. (2010), %
Paranoide	2,4	0,7	0,7	2,3	1,9
Esquizoide	1,7	0,9	0,8	4,9	0,6
Esquizotípico	0,6	0,6	0,06	3,3	0,6
Antisocial	0,7	4,1	0,6	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 Samuels¹⁵.

prevalencias más altas de trastornos de personalidad comparada con los otros 16 países en los que se hizo este análisis. La de los rasgos de personalidad del grupo A fue del 5,3%, que se contrasta con el 1,1% en Europa occidental; la del grupo B fue del 2,1%, frente al 0,3% en Nigeria, y la del grupo C, del 3,6% (en Europa occidental, el 1,2%)¹¹. Algunos estudios han demostrado que al menos un 50% 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 general¹²⁻¹⁴. En la tabla 1 se resumen la prevalencias de trastornos de personalidad de acuerdo con la clasificación diagnóstica del DSM-III-R o el DSM-IV en distintos estudios. El objetivo de este artículo es describir la información en relación con los rasgos de personalidad de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 en Colombia.

Métodos

Es un estudio observacional de corte transversal y ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La tasa de respuesta a la encuesta fue del 95,1%. La información se recogió entre diciembre de 2014 y junio de 2015. La población de referencia son personas de 18 años en adelante. Durante el cálculo de estimación del tamaño de muestra, se consideró un mínimo de 10.116 personas, y se obtuvo un total de 10.870 personas. La muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad y las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá). La información está ponderada y es representativa de la población colombiana. Los criterios de exclusión fueron no hablar español, tener una discapacidad tan grave que impidiera responder a la encuesta y no firmar el consentimiento informado.

Para la recolección de la información, la entrevista se hizo en los hogares de forma confidencial, se realizó el módulo de cribado de personalidad de la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0). La entrevista constó en preguntar sobre la presencia de diferentes ítems asociados a diferentes rasgos de personalidad en los últimos 12 meses, y con la información recogida se realizó un análisis de prevalencias simples y estratificadas. La

descripción detallada de la metodología se explica en otros artículos y en el protocolo de estudio disponible en la página web del Ministerio de Salud. El estudio fue aprobado por el Comité de Investigación y Ética de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana.

Resultados

Se entrevistó a un total de 10.870 personas; el 54,2% de la población son sujetos de 18-44 años y el 45,8%, mayores de 45 años. El 40,3% de la muestra eran varones. Respecto el estado civil, el 55,3% estaban casados o en unión libre; el 18%, separados, viudos o divorciados, y el 26,6%, solteros.

Se agruparon las preguntas según los rasgos de personalidad a los trastornos que pertenecen al límite o antisocial (del grupo B) o a los grupos A y C; además se describe la prevalencia de rasgos y se agrupan según el número que cada persona tenga en un tipo o grupo.

Rasgos límite de personalidad (grupo B)

Se encuentra que el 39,8% de la población no presenta ninguno; el 40,8%, 1 o 2 rasgos de personalidad límite, en similar proporción entre varones (40,2%) y mujeres (39,5%). El 14,8% tiene 3 a 5, y el 4,6%, 6 o más rasgos, con similar distribución entre varones y mujeres (tabla 2).

El rasgo más reportado (el 35,4% de la población) fue «mostrar los sentimientos a cualquier persona»; el 16,9% refiere «ceder a mis impulsos me causa problema», y el 15,5%, «soy muy voluble». Estos son los más comunes tanto en varones como en mujeres. Respecto a la región, la mayor prevalencia de 6 o más rasgos es del 6,0% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 4,2-8,5) de las personas que viven en Bogotá y la menor, del 3,9% (IC95%, 2,9-5,1) de los que están en la región Oriental (fig. 1).

Respecto al estado civil, hay mayores proporciones de ningún rasgo en las personas casadas o que viven con su pareja (42,2%; IC95%, 40,1-43,9) que entre los solteros (37,2%; IC95%, 34,4-40,0) y de 6 o más rasgos entre las personas solteras (5,9%; IC95%, 4,7-7,3) que entre las casadas (4,9%; IC95%, 3,3-4,7) (fig. 2).

Tabla 2 – Prevalencia de rasgos de personalidad límite en la población colombiana mayor de 18 años

	Varones, % (IC95%)	Mujeres, % (IC95%)	Total, % (IC95%)
Número de rasgos			
Ninguno	39,3 (37,1-41,6)	40,3 (38,4-42,1)	39,8 (38,4-41,3)
1-2	40,2 (37,9-42,6)	41,3 (39,5-43,2)	40,8 (39,3-42,3)
3-5	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 enojo 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)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015¹⁶.

Rasgos antisociales de la personalidad (grupo B)

El 53,3% de la población tiene 1 o 2 rasgos de personalidad antisocial, más en varones que en mujeres (el 55,8 frente al 50,8%). El 36,6% no tiene ninguno, en este caso más en mujeres que en varones (el 42,2 frente al 30,9%), el 8,3% tiene 3-5 rasgos y el 1,8%, 6 o más, en estos casos también es mayor la proporción de varones que de mujeres (el 2,8 frente al 0,9%). El 35,6% de la población reporta «generalmente no me siento mal cuando ofendo o molesto a alguien»; el 10,9%, «discuto o peleo con la gente si tratan de detenerme en algo que quiero hacer», y el 10,2%, «corro riesgos y hago cosas imprudentes», características que son las más comúnmente reportadas tanto por varones como por mujeres (tabla 3).

Al analizar la información por regiones, la mayor prevalencia de 3-5 rasgos es 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 las estimaciones son imprecisas.

Según el estado civil de la población de 18 años en adelante, se observa que no tienen ningún rasgo antisocial el 38,3% (IC95%, 36,5-40,2) de las personas que viven con su pareja y el 32,7% (IC95%, 30,1-35,4) de los solteros. Por el contrario, el 2,8% (IC95%, 2,0-3,9) de estos presentan 6 o más rasgos, frente al 1,3% (IC95%, 0,9-1,8) de los que viven con su pareja.

Rasgos de personalidad del grupo C

Se encuentra que el 49,4% no presenta ningún rasgo de personalidad del grupo C; el 35,8%, 1-2; el 14,1%, 3-5 y el 0,6%, 6 rasgos (tabla 4). El 26,4% de ellos consideran que «la gente piensa que soy demasiado estricto en las normas y reglas», el

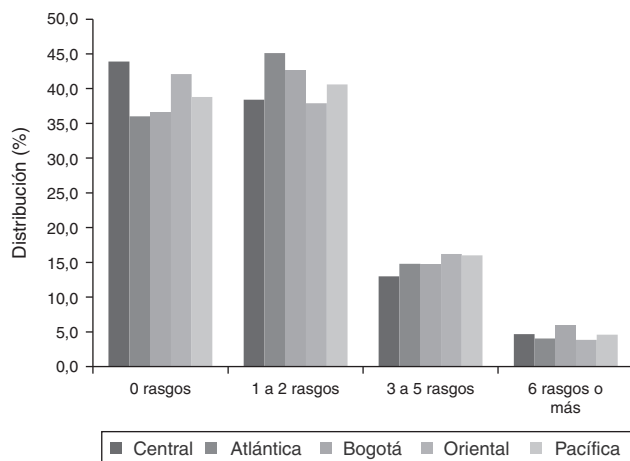


Figura 1 – Prevalencia de rasgos de personalidad límite en población colombiana mayor de 18 años. Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015¹⁶.

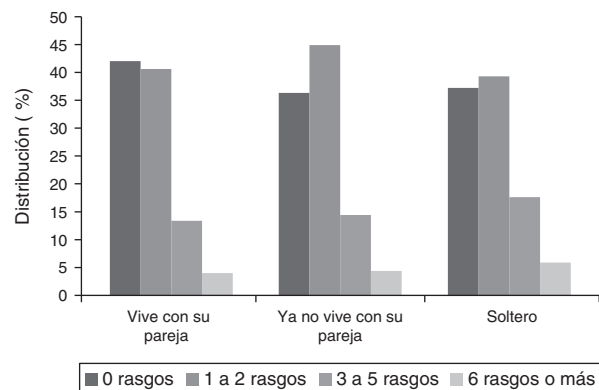


Figura 2 – Prevalencia de rasgos de personalidad límite según estado civil. «Vive con su pareja» corresponde a casado o unión libre y «ya no vive con su pareja» corresponde a separado, divorciado o viudo. Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015¹⁶.

Tabla 3 – Prevalencia de rasgos antisociales en la población

	Varones, % (IC95%)	Mujeres, % (IC95%)	Total, % (IC95%)
Número de rasgos			
Ninguno	30,9 (28,8-33,0)	42,2 (40,4-44,1)	36,6 (35,2-38,1)
1-2	55,8 (53,5-58,1)	50,8 (48,9-52,7)	53,3 (51,8-54,8)
3-5	10,5 (9,2-12,0)	6,1 (5,2-7,1)	8,3 (7,5-9,2)
6 o mas	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 que no eran mías a propósito	4,2 (3,4-5,2)	2,8 (2,3-3,4)	3,5 (3,0-4,1)
Daría información falsa sobre mí mismo si esto me ayudara a obtener un trabajo o 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)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015¹⁶.

25,7%, «la gente piensa que soy demasiado rígido y formal», y el 25,7%, «con frecuencia busco que otros me aconsejen sobre mis decisiones». En relación con la distribución por regiones, se encuentra en la región Atlántica una proporción de personas sin ningún rasgo del 62,2% (IC95%, 60,2-65,4), y el 8,2% (IC95%, 6,9-9,7) con 3-5 rasgos. Por su parte, en Bogotá la proporción de personas con 3-5 rasgos es del 19,1% (IC95%, 15,4-23,4). Al analizar el estado civil, se encuentra que hay una proporción similar 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.

Rasgos de personalidad del grupo A

El 46,0% de la población colombiana de 18 años en adelante tiene 1-2 rasgos de personalidad del grupo A, el 37,3% no tiene ningún rasgo y el 16,8%, 3-5, con una distribución similar entre

varones y mujeres. El 46,6% de las personas reportan «estoy convencido de que existen conspiraciones detrás de muchas cosas en el mundo»; el 34,3%, «prefiero las actividades que puedo hacer yo solo» y el 20,3%, «he tenido rencor contra algunas personas por años», con similar distribución entre varones y mujeres (tabla 5).

Al analizar las regiones, Bogotá evidencia la menor proporción de población sin ningún rasgo (27,0%; IC95%, 23,1-31,3) y la mayor con 3-5 rasgos (22,6%; IC95%, 18,8-26,8). La región Atlántica es la que tiene los menores, con el 54,2% (IC95%, 51,6-56,8) sin ningún rasgo y el 9,6% (IC95%, 8,1-11,3) con 3-5. Al analizar según el estado civil, se encuentra una distribución similar en los 3 grupos.

Discusión

En Colombia, las prevalencias de rasgos maladaptativos de personalidad encontradas en la ENSM son, de mayor a menor

Tabla 4 – Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo C en la población

	Varones, % (IC95%)	Mujeres, % (IC95%)	Total, % (IC95%)
Número de rasgos			
Ninguno	50 (47,7-52,3)	48,8 (46,9-50,7)	49,4 (47,9-50,9)
1-2	34,9 (32,6-37,2)	36,7 (34,9-38,6)	35,8 (34,4-37,3)
3-5	14,5 (12,9-16,3)	13,8 (12,6-15,1)	14,1 (13,1-15,2)
6 o más	*	0,7 (0,5-0,9)	0,6 (0,5-0,8)
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)
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)	26 (24,4-27,7)	26,4 (25-27,8)
La gente piensa que soy demasiado rígido o formal	26,8 (24,6-29)	24,6 (23-26,2)	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)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015¹⁶.

Tabla 5 – Prevalencia de rasgos de personalidad del grupo A en población mayor de 18 años

	Varones, % (IC95%)	Mujeres, % (IC95%)	Total, % (IC95%)
Número de rasgos			
Ninguno	38,1 (35,9-40,3)	36,6 (34,8-38,4)	37,3 (35,9-38,7)
1-2	46,3 (43,9-48,6)	45,6 (43,8-47,5)	46 (44,5-47,5)
3-5	15,7 (14-17,5)	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)	13,7 (12,5-15)	13,4 (12,4-14,5)
La gente con frecuencia se burla de mí a mi espalda	9,5 (8,3-10,9)	10,4 (9,4-11,4)	10 (9,2-10,8)
Prefiero las actividades que pueda hacer yo solo	32,7 (30,4-35)	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 (21-24,1)	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)

Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental 2015¹⁶.

y por grupos límite, grupo A, antisocial y grupo C. Al observar estos resultados nacionales con las estadísticas mundiales presentadas en la tabla 1, llama particularmente la atención la alta prevalencia de 6 o más rasgos de personalidad del grupo B (límite y antisocial), y un factor común a ambos son los rasgos que indican impulsividad o desregulación emocional. Lo anterior podría ser el reflejo de diversas circunstancias históricas y culturales particulares que ha vivido el país en las últimas décadas, como la exposición crónica a eventos violentos, el deterioro social y familiar asociado a este tipo de fenómenos y/o el influjo cultural de la posmodernidad, que promueve como valores deseables el placer inmediato e intenso y la identidad basada en no adherirse a los roles tradicionales en la sociedad.

Los trastornos de personalidad de los grupos A y C en la población general son más frecuentes en varones. El grupo B a edad y educación inferiores y el grupo C, mayor en separados, divorciados o viudos y con menores edad y educación y con desempleo¹¹.

Por otro lado, en esta misma comparación entre los datos nacionales ya citados y las estadísticas internacionales, es importante mencionar que en la mayoría de los rasgos indagados las personas con 6 o más rasgos maladaptativos no se encontraban conviviendo con una pareja, lo cual demuestra un importante problema en la esfera interpersonal que subyace a todos los trastornos de personalidad. El grupo C es el único que escapa a esta tendencia, lo cual es entendible teniendo en cuenta que las personas que poseen este tipo de rasgos de personalidad generan relaciones de dependencia con otros como una manifestación asociada a los comportamientos ansiosos.

Existen algunas limitaciones con respecto al abordaje planteado en la ENSM para estudiar la esfera de la personalidad. Por un lado, al ser un autorreporte de patrones de comportamiento, sentimientos y reacciones frente al entorno, es posible que se magnifiquen o minimicen ciertos aspectos del funcionamiento real de la persona. También puede haber elementos cognitivos que alteren la respuesta justificados en situaciones recientes en la vida del sujeto que aumenten o disminuyan su estado afectivo basal y hacen que conteste de modo diferente que en otro momento de su vida¹⁹⁻²¹. Además, en esta encuesta poblacional se utilizaron preguntas que, si bien

hacen parte de la entrevista semiestructurada del CIE-10 para el dominio de personalidad, fueron diseñadas para cribar los distintos trastornos de personalidad y no permiten generar un diagnóstico como tal. Sin embargo, sobre este punto es importante tener en cuenta que las personas que respondieron afirmativamente a 6 o más preguntas de los rasgos evaluados tienen alta probabilidad de sufrir un trastorno de personalidad, ya que según las clasificaciones diagnósticas actuales, la presencia de 4 de estos criterios configura un trastorno de personalidad.

Teniendo en cuenta las cifras presentadas en el ámbito nacional y los actuales vacíos en el conocimiento en la literatura internacional, es fundamental que se realicen estudios complementarios en esta área de la salud mental que corroboren, con metodologías más específicas, las prevalencias de estas alteraciones tanto en la población general como en distintas poblaciones clínicas y se indague la interrelación que existe entre los trastornos de personalidad y los otros trastornos mentales, algunas circunstancias sociales potencialmente determinantes y el comportamiento de dichas relaciones en el tiempo. Finalmente, es importante que esta expansión del conocimiento en esta área se acompañe del desarrollo y la implementación de medidas particulares que permitan prevenir y manejar de manera integral este grupo de trastornos, dadas las importantes consecuencias negativas que este tipo de problemas puede generar en el ámbito individual y social.

Conclusiones

Es importante recordar que hay rasgos que no son necesariamente maladaptativos, por lo que no se debe evaluarlos individualmente, sino en agrupación con otros rasgos; ante más rasgos, más puede aumentar la sospecha de un trastorno de personalidad. Teniendo eso en cuenta, se observó que en la población colombiana el grupo en que se encuentran 6 o más rasgos es el grupo B de rasgos límite de personalidad (4,6%), seguido del grupo B de rasgos antisociales (1,8%) y el C (0,6%). Al observar las estadísticas internacionales con los datos obtenidos en la ENSM, los rasgos de personalidad más frecuentemente descritos individualmente son el convencimiento de que existen conspiraciones detrás de muchas

cosas en el mundo, la ausencia de malestar cuando se ofende o se molesta a alguien y mostrar los sentimientos a cualquier persona. Es necesario entonces desarrollar estudios adicionales que exploren de manera más profunda estas tendencias del comportamiento en nuestra sociedad y que fomenten el desarrollo de estrategias eficaces para prevenir y mitigar el impacto que este tipo de problemas puede tener en el bienestar individual y social de nuestro país.

Respecto a los hallazgos por regiones, queda la inquietud para futuros estudios acerca de los factores que pueden influir en las diferencias entre la costa Atlántica colombiana y el interior, planteando como posible hipótesis las diferencias culturales de ambas regiones que, según los resultados de la ENSM parece influir no solo en los trastornos de personalidad, sino también en otros tipos de trastornos, como ansiedad, depresión y suicidio¹⁶.

Existen importantes limitaciones psicométricas en relación con el enfoque de investigación sobre los rasgos, estilos y trastornos de personalidad en los diferentes estudios encontrados, teniendo en cuenta los problemas relacionados con la validez y la definición^{17,18}. El DSM tiene baja puntuación en estas propiedades para el constructo en estudio, en comparación con otros espectros psicopatológicos y la superposición de elementos clínicos puede ser importante durante el proceso de evaluación^{1,17,18}. 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 general y no es transitorio³. Si estos rasgos son agrupados y configuran un patrón perdurable que incide en la estructura de funcionamiento del individuo causando un malestar clínicamente significativo o deterioro en varias áreas, denotan un trastorno de personalidad propiamente dicho^{3,17,18}. Se requieren más estudios que exploren las presentaciones de rasgos y trastornos de la personalidad en la población general y su relación con el uso de los servicios de salud. Asimismo se considera necesario diseñar nuevos instrumentos que permitan identificar una tipología clínica más específica.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

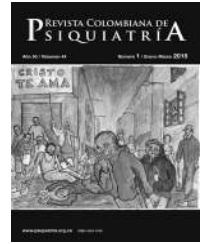
Conflicto de intereses

Ninguno.

BIBLIOGRAFÍA

1. A diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5.^a ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2013.
2. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders [Internet]. Geneva: World Health Organization; 1993. Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/bluebook.pdf>
3. Caballo V, Guillen JL, Salazar IC. Estilos, rasgos y trastornos de la personalidad: interrelaciones y diferencias asociadas al sexo. *PSYCO*. 2009;40:319-27.
4. 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;37:251-60.
5. 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;39:765-76.
6. 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;26:354-62.
7. 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;168:257-64.
8. 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;41:862-7.
9. Yang M, Coid J, Tyrer P. Personality pathology recorded by severity: national survey. *Br J Psychiatry*. 2010;197:193-9.
10. 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;41:809-18.
11. Huang Y, Kotov R, De Girolamo G, Preti A, Angermeyer M, Benjet C, et al. DSM-IV personality disorders in the WHO World Mental Health Surveys. *Br J Psychiatry*. 2009;195:46-53.
12. Zimmerman M, Rothschild L, Chelminski I. The prevalence of DSM-IV personality disorders in psychiatric outpatients. *Am J Psychiatry*. 2005;162:1911-8.
13. Torgersen S, Kringlen E, Cramer V. The prevalence of personality disorders in a community sample. *Arch Gen Psychiatry*. 2001;58:590-6.
14. Andersen AM, Bienvenu OJ. Personality and psychopathology. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23:234-47.
15. Samuels J. Personality disorders: Epidemiology and public health issues. *Int Rev Psychiatry*. 2011;23:223-33.
16. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [citado 22 Oct 2015]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental.tomoI.pdf
17. Tyrer P, Reed GM, Crawford MJ. Classification, assessment, prevalence and effect of personality disorder. *Lancet*. 2015;385:717-26.

18. Newton-Howes G, Clark LA, Chanen A. Personality disorder across the life course. *Lancet*. 2015;385:727-34.
19. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making: cognitive strategies and detection of bias. *Acad Emerg Med*. 2002;9:1184-204.
20. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med*. 2003;78:775-80.
21. Galanter CA, Patel VL. Medical decision making: a selective review for child psychiatrists and psychologists. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46:675-89.



Artículo original

Prevalencia de posibles trastornos mentales en niños con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015



Carlos Gómez-Restrepo^{a,b}, Sandra Ramirez^{c,d}, Nathalie Tamayo Martínez^{a,*},
Maria Nelcy Rodríguez^a, Andrea Rodríguez^e y Henrey Rengifo^e

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Hospital Universitario San Ignacio, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia

^d Departamento de Clínicas Médicas, Pontificia Universidad Javeriana, Cali, Colombia

^e Ministerio de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 25 de agosto de 2016

On-line el 28 de septiembre de 2016

Palabras clave:

Enfermedad crónica

Trastornos mentales

Niños

R E S U M E N

Introducción: La prevalencia mundial de condiciones crónicas está en aumento, y este fenómeno abarca a las poblaciones pediátricas. No se ha estudiado lo suficiente la interrelación entre las condiciones crónicas y los problemas de salud mental en el caso de los niños.

Objetivo: Medir la frecuencia de problemas y trastornos mentales en la población colombiana de 7-11 años en función de la presencia o ausencia de condiciones crónicas.

Métodos: La información pertenece a la Encuesta Nacional de Salud Mental de Colombia 2015, un estudio observacional de corte transversal, con representatividad nacional para el grupo de 7-11 años. Se midieron los problemas mentales con el cuestionario de reporte de niños (RQC), la prevalencia en los últimos 12 meses de 7 trastornos mentales de interés en esta población utilizando el *Diagnostic Interview Schedule for Children* versión para padres (DISC-P), además de diferentes condiciones crónicas. Se realizó un análisis univariado y estratificado.

Resultados: Fue positivo el RQC del 41,6% de los niños sin condiciones crónicas, el 56,7% de los niños con 1 y el 70,8% de los que tienen 2 o más; los que presentan la mayor prevalencia de síntomas son los que tienen enfermedad pulmonar inflamatoria crónica, seguidos de aquellos con diabetes mellitus y alergias. La prevalencia de uno o más de los trastornos mentales en los niños sin condiciones crónicas es del 3,1%, mientras que en los que tienen por lo menos 1 es del 13,8%.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nathalietamayo@gmail.com (N. Tamayo Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.005>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Conclusiones: Se encontró mayor prevalencia de problemas mentales en los niños con condiciones crónicas, lo que justifica profundizar en estudios que aborden este tema y diseñar estrategias de intervención multidisciplinarias para mitigar la dicotomía mente-cuerpo predominante en la práctica clínica.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Probable Mental Health Disorders Prevalence in Children With Chronic Conditions. Results From the National Mental Health Survey of Colombia 2015

A B S T R A C T

Keywords:
Chronic disease
Mental disorders
Children

Introduction: The prevalence of chronic conditions is increasing globally and this phenomenon covers pediatric populations. There is a relationship between chronic conditions and mental health problems, which has been insufficiently studied in the case of children.

Objective: To measure the frequency of problems and mental disorders in the Colombian population between 7 and 11 years, depending on the presence or absence of chronic conditions.

Methods: The information pertains to the National Survey of Mental Health of Colombia 2015, an observational cross-sectional nationally representative for the group between 7 and 11 years old. Mental problems were measured with the Reporting Questionnaire for Children (RQC), the 12 month prevalence of seven mental disorders were assessed using the Diagnostic Interview Schedule for Children Version parents (DISC-P) and a list of chronic conditions. Univariate and stratification analysis of the data were performed.

Results: 41.6% of the children with no chronic conditions, 56.7% of the children with 1 chronic condition and 70.8% in those with 2 or more have at least one RQC symptom; the highest prevalence of mental health symptoms are those with chronic inflammatory lung disease, followed by diabetes mellitus and allergies. The prevalence of one or more mental disorders in children without chronic conditions is 3.1% while those with at least 1 is 13.8%.

Conclusions: A higher prevalence of mental disorders in children and its association with chronic conditions justifies further studies that address this issue and develop strategies with multidisciplinary interventions.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

Hoy las enfermedades crónicas no transmisibles encabezan las causas de muerte en todo el mundo y generan un impacto diferencial entre los países de alto y bajo ingreso que es prevenible. Dichas enfermedades crónicas comparten cuatro factores de riesgo en emergencia: el uso de tabaco, la dieta no saludable, el sedentarismo y el uso peligroso de alcohol. Las proyecciones muestran que cada aumento del 10% en las condiciones crónicas no transmisibles se asocia a una reducción del 0,5% en la tasa anual de crecimiento económico¹. Es razonable pensar que los factores que impactan en la salud de los adultos están en buena parte determinados por eventos que se registran desde edades tempranas, y se ha podido documentar este fenómeno a partir del diagnóstico de enfermedades relacionadas con hábitos poco saludables a edades cada vez más precoces^{1,2}.

En el caso de los adultos, se sabe que la calidad percibida de la propia salud predice variables como morbilidad,

mortalidad y patrón de uso de servicios³, que hay relación entre el número de condiciones crónicas reportadas, el malestar psicológico y las alteraciones funcionales⁴ y que la comorbilidad psiquiátrica tiende a reducir la adherencia a los tratamientos, aumenta los costos de atención e impone un peso adicional al funcionamiento general⁵. En el caso de los adolescentes y adultos jóvenes con discapacidad, se ha registrado mayor riesgo de bajo nivel educativo y menores logros vocacionales y sociales⁶.

La expresión del sufrimiento y la enfermedad en niños difiere de la de los adultos y amerita el estudio particular de este problema, a pesar de las dificultades metodológicas que supone. Aunque la mayor parte de la información disponible de estudios nacionales se refiere a poblaciones mayores de 18 años, se sabe que la edad de inicio de los síntomas se remonta a la infancia y la adolescencia en casos como el trastorno del control de impulsos, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad, el trastorno oposicionista desafiante y los trastornos de la conducta⁷.

En la población pediátrica, al igual que en los adultos, se ha registrado una tendencia global al incremento de la prevalencia de las condiciones crónicas, determinada por factores dinámicos como las transformaciones en la definición de condición crónica y los métodos para recoger la información, una menor duración de las enfermedades en su fase aguda, el aumento de la sobrevivencia de los pacientes con problemas de salud complejos, sobre todo relacionados con prematuridad extrema, cáncer, infección neonatal por el virus de la inmunodeficiencia humana, síndrome de Down, fibrosis quística y anemia de células falciformes, así como por la aplicación de métodos de cribado y diagnóstico de mayor sensibilidad^{2,8,9}. En los últimos 30 años, el crecimiento más notorio de estas condiciones se registró en asma, obesidad y problemas del comportamiento y el aprendizaje⁹. En un estudio, realizado en Estados Unidos, que comparó el comportamiento de tres cohortes (nacidos en 1988-1994, 1994-2000 y 2000-2006), se encontró que el incremento de las prevalencias era superior en la última cohorte, los varones, los hispanos y la población negra⁹.

La relación entre las condiciones crónicas en niños y los problemas y trastornos mentales se ha abordado a partir del estudio de enfermedades específicas o en ámbitos clínicos, en la mayoría de los casos utilizando herramientas de cribado que agrupan los síntomas depresivos, ansiosos y conductuales en la misma categoría usando el cuestionario de reporte para niños (RQC)¹⁰. En estudios poblacionales, se encuentra que niños y adolescentes con ataques de asma durante el último año (*odds ratio* [OR] = 3,3) o con obesidad (OR = 2,8) tienen mayor riesgo de haber sufrido algún trastorno de ansiedad o del afecto en los últimos 12 meses¹¹. De los estudios clínicos se tienen datos como los siguientes: un 20-24% de los niños con trasplante cardíaco mostraron malestar psicológico clínicamente significativo; los niños epilépticos tienen mayor frecuencia de síntomas depresivos y ansiosos; los supervivientes a cáncer tienen mayor frecuencia de síntomas depresivos que sus hermanos sanos; los niños con diagnóstico de infección por el virus de la inmunodeficiencia humana tienen con mayor frecuencia síntomas conductuales⁵. Incluso cuando el malestar hace parte de cuadros subsindrómicos, estas quejas pueden ser lo bastante significativas para generar un impacto funcional.

Para el caso específico de los niños con cáncer, desde 1970 se ha registrado un aumento progresivo de la sobrevivencia de los pacientes. Este comportamiento condujo a su vez a la identificación de un riesgo superior de desenlaces desfavorables como condiciones crónicas graves, mayor número de hospitalizaciones, fragilidad, malestar psicológico, disfunción cognitiva y reducción de la funcionalidad relacionada con problemas de salud, que modifican la calidad de vida, la productividad y el uso de servicios de esta población¹².

Se ha encontrado asociación entre la obesidad infantil, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el asma, cuyos sustratos podrían involucrar mecanismos fisiopatológicos comunes, la coincidencia en factores de riesgo, complicaciones de las afecciones o asociados al manejo que se les da, entre otras posibilidades pendientes de explorar².

En Colombia, no contar con información de estudios poblacionales sobre el comportamiento de las condiciones crónicas en relación con los problemas y trastornos mentales de los

niños es un primer obstáculo para reconocer las necesidades que puedan tener. El objetivo de este artículo es la difusión de los resultados de la Encuesta Nacional de Salud Mental sobre las prevalencias generales y estratificadas de problemas y posibles trastornos mentales de la población infantil con condiciones crónicas.

Métodos

Se realizó un estudio observacional de corte transversal en el ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) de Colombia. La población de referencia son individuos de edad ≥ 7 años no institucionalizados, pero para este análisis se toma el grupo de 7-11 años; la muestra es de tipo probabilístico, polietápico y estratificado. Las encuestas se realizaban en el hogar y la de los niños se realizaba a su cuidador principal. La descripción detallada de la metodología se explica en el protocolo del estudio, que se puede consultar en la página web del MSPS.

Para el diagnóstico de condiciones crónicas, se preguntó sobre la percepción de salud de los niños y si un médico había diagnosticado alguna condición crónica de una lista de enfermedades: alteración del aprendizaje o el desarrollo físico, retardo mental o parálisis cerebral, trastornos del espectro autista, enfermedades cardíacas, enfermedades pulmonares, asma o inflamación pulmonar crónica, enfermedad renal o de las vías urinarias, gastritis o reflujo gastroesofágico, estreñimiento y síndrome de intestino corto, diabetes mellitus, enfermedades de tiroides, enfermedades hemáticas, neurológicas o dérmicas, neoplasias, malformaciones congénitas, alguna limitación visual, sobrepeso u obesidad, bajo peso o desnutrición y enfermedades que limiten la capacidad de moverse.

Los problemas mentales de los niños se registraron a partir del RQC, que es un instrumento desarrollado por la OMS que tiene buenas sensibilidad (98,8%) y especificidad (62,7%) en la población colombiana al responder una sola pregunta como positiva, y consta de 10 preguntas: «¿El lenguaje del niño(a) es anormal en alguna forma?», «¿El niño(a) duerme mal?», «¿El niño(a) en algunas ocasiones ha tenido convulsiones o caídas al suelo sin razón?», «¿El niño(a) sufre frecuentes dolores de cabeza?», «¿El niño(a) ha huido de la casa frecuentemente?», «¿Ha robado cosas de la casa?», «¿Se asusta o se pone nervioso(a) sin razón?», «¿Parece como retardado(a) o lento(a) para aprender?», «¿El (la) niño(a) casi nunca juega con otros niños(as)?» y «¿El niño(a) se orina o defeca en la ropa?». El resultado es positivo con responder a una de estas preguntas afirmativamente^{10,13}.

Los trastornos mentales se midieron con el *Diagnostic Interview Schedule for Children* versión para padres (DISC IV-P 3.0.1). Se tomó la prevalencia en los últimos 12 meses y se agruparon en trastornos de ansiedad (trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico y ansiedad generalizada), trastornos depresivos (depresión mayor y distimia), trastornos de inicio en la infancia (trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta), y la presencia de alguno de ellos, como cualquier trastorno. Se presentan las prevalencias generales y

estratificadas de los problemas y los trastornos mentales de los niños en relación con condiciones crónicas considerando el diseño de muestras complejas utilizado en la encuesta, es decir, los resultados presentados se extrapolan a la población colombiana en estudio.

Para el análisis se ponderaron los resultados utilizando la estimación de varianza en encuestas complejas con el método de linealización mediante series de Taylor, con el programa Stata versión 13 (StataCorp.; College Station, Texas, Estados Unidos). Se presentan las prevalencias simples y estratificadas y las razones de prevalencias.

Resultados

Se presenta la información de 2.727 encuestados en las edades de referencia: 1.419 niños y 1.308 niñas, representativa de la población en esa franja de edad. Los coeficientes de variación (CV) estimados < 16,6% se consideran confiables; los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser interpretados con precaución, y los > 33,3% se consideran imprecisos, por lo que no se presentan en este informe.

El 15,0% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 13,5-16,6) de los niños de 7-11 años reportaron por lo menos una condición crónica, y de este grupo, el 51,8% (IC95%, 46,2-57,3) tenía una sola condición, el 23,2% (IC95%, 18,8-28,2) tenía dos y el 7,7% (IC95%, 5,3-11), tres o más. De los que reportaron alguna condición crónica, las enfermedades más frecuentemente reportadas son las pulmonares (23,8%; IC95%, 19,4-28,9), los trastornos del aprendizaje (21,6%; IC95%, 17,3-26,6), la desnutrición y el bajo peso (15,7%; IC95%, 12,0-20,2) y los problemas dermatológicos (15,5%; IC95%, 12,0-19,8)¹⁴.

En cuanto a la prevalencia general del RQC en la población infantil, se encuentra que el 55,3% (IC95%, 52,6-58,0) no tiene ninguno de los síntomas reportados en este cuestionario, el 27,6% (IC95%, 25,2-30,1) tiene un problema, el 10,5% (IC95%, 8,87-12,3) tiene dos, el 3,4% (IC95%, 2,7-4,3) tiene tres y el 3,2% (IC95%, 2,3-4,5), cuatro o más; es decir, el 44,7% (IC95%, 42,0-47,4) de los niños tienen por lo menos un problema que amerita valoración por un equipo de salud mental. En la tabla 1 se muestra la prevalencia de RQC positivo en los niños con y sin condiciones crónicas; la prevalencia es menor en los niños sin condiciones crónicas y aumenta en aquellos que tienen una (es 1,4 veces más frecuente que en los que no tienen ninguna condición crónica) y dos o más condiciones (1,7 veces).

Tabla 1 – Prevalencia de RQC positivo en niños con condiciones crónicas

Enfermedades crónicas	RQC positivo, % (IC95%)
Ninguna	41,6 (38,7-44,4)
Una	56,7 (49,0-64,2)
Dos o más	70,8 (62,1-78,2)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Modificado del informe final del estudio de la encuesta¹⁴.

Al analizar los trastornos mentales de los niños, se encuentra que la prevalencia general de cualquiera de los medidos es del 4,7% (IC95%, 3,6-6,2); la de los trastornos de ansiedad es del 2,0% (IC95%, 1,2-3,2), y la de los trastornos de inicio en la infancia, el 3,2% (IC95%, 2,4-4,4)¹⁴. En la tabla 2 se presentan las prevalencias según la presencia de condiciones crónicas; se puede observar que las prevalencias de los trastornos de ansiedad, de inicio en la infancia o cualquiera de los medidos (incluidos los trastornos depresivos) son menores en los niños que no tienen ninguna condición crónica que en los que tienen por lo menos una.

En la tabla 3 se presentan las prevalencias de RQC positivo según las condiciones crónicas; se encuentra que los niños que tienen la mayor prevalencia son los que tienen diabetes mellitus, seguidos de aquellos con enfermedades pulmonares inflamatorias crónicas, sobrepeso u obesidad, dermatitis y alergias y la gastritis y reflujo gastroesofágico, y en todos los casos es mayor que la prevalencia de RQC positivo entre los niños que no tienen ninguna condición crónica.

Discusión

Aunque resulta obvio e importante evaluar problemas mentales en los niños con condiciones crónicas, son pocos los estudios en este campo; la evaluación de los problemas mentales en la población general adulta con condiciones crónicas se hace a partir de las encuestas de salud mental¹⁵⁻¹⁹; sin embargo, se han realizado menos encuestas de salud mental en la población infantil²⁰⁻²² y no hay reportes de sus condiciones generales de salud o enfermedad. Por lo tanto, son relevantes estos resultados como una primera aproximación, dado que son representativos de la población colombiana. Se evidenció una importante asociación entre las condiciones crónicas en niños y los problemas de salud mental, lo que hace que estos niños requieran una evaluación

Tabla 2 – Prevalencia de trastornos mentales en niños con condiciones crónicas

Condiciones crónicas	Trastornos DISC ^a , % (IC95%)		
	Trastornos de ansiedad ^b	Trastornos de inicio en la infancia ^c	Cualquier trastorno ^d
Ninguna	1,2 (0,8-1,8)	2,0 (1,4-2,8)	3,1 (2,3-4,0)
Por lo menos una	6,2 (2,6-14,0)	9,8 (5,8-16,2)	13,8 (8,5-21,7)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

^a No se presentan los estimadores de trastornos depresivos por ser imprecisos.

^b Agrupa trastorno de ansiedad por separación, trastorno de pánico y ansiedad generalizada.

^c Agrupa trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno de la conducta.

^d Agrupa cualquier trastorno de ansiedad, trastornos depresivos o trastornos de inicio en la infancia.

Tabla 3 – Prevalencia de RQC positivo según las condiciones crónicas indagadas

	RQC positivo, % (IC95%)
Enfermedad pulmonar inflamatoria crónica	71,7 (58,6-82,0)
Gastritis, reflujo gastroesofágico	57,0 (34,6-76,8)
Diabetes mellitus	77,3 (45,5-93,3)
Dermatitis, alergias	61,4 (44,3-76,1)
Sobrepeso u obesidad	70,4 (46,7-86,6)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

especializada, y es necesario integrar en la evaluación de los niños con condiciones crónicas el componente de salud mental; en la medición con el RQC y los trastornos mentales medidos en la población pediátrica (ansiedad por separación, trastorno de pánico, ansiedad generalizada, depresión, trastorno oposicionista desafiante, trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno de la conducta), se encontró relación entre la presencia de síntomas de problemas mentales y condiciones crónicas. En ambos casos fueron mayores las prevalencias en los niños con condiciones crónicas que en aquellos sin ellas (el 61,0 frente al 41,6% en el RQC, y el 13,8 frente al 3,1% con cualquiera de los trastornos mentales medidos). Además, parece que hay relación según el número de condiciones crónicas, ya que los que tienen una condición crónica reportan algún síntoma 1,4 veces más y los que tienen 2 condiciones, 1,7 veces más.

Hacia 1998 se replantearon los parámetros para la prestación de servicios a niños con condiciones crónicas, y desde entonces se aplica una definición más extensa que involucra a los niños con necesidades de cuidado especial a partir de problemas físicos, del desarrollo, emocionales o conductuales. Cuando se aplicaron estas definiciones en los estudios nacionales, dieron lugar a grandes brechas metodológicas, y las prevalencias pasaron de un 5-8% de los enfermos o discapacitados crónicos al 16-18% de los niños con necesidades especiales en relación con condiciones crónicas². La prevalencia de condiciones crónicas obtenida en niños de Colombia es difícilmente comparable con estudios realizados en otros países, debido a las diferencias metodológicas en cuanto a la definición de condición crónica y los instrumentos de recolección de la información, entre otros factores, que suelen ser la regla en relación con este tema⁸. Por otro lado, los estudios nacionales realizados en Colombia en el pasado no abarcaron a la población infantil, por lo que se carece de referentes de comparación. Se sabe que en los últimos 35 años la prevalencia de condiciones crónicas en niños y adolescentes se ha incrementado, especialmente asma, obesidad y problemas del comportamiento y el aprendizaje, así que el hallazgo de las condiciones del aparato respiratorio como las más prevalentes va en el mismo sentido que el comportamiento general observado^{9,23}.

Los menores con condiciones crónicas tienen más síntomas que indican problemas o trastornos mentales. Este hallazgo tiene implicaciones para los servicios de salud, dado que requiere que estos niños tengan una evaluación para un diagnóstico adecuado y tratamiento teniendo en cuenta el

nivel de complejidad necesario, ya sea médico o no, e independientemente de que este aumento de la prevalencia se dé por una asociación espuria o causal, el hecho que genera mal-estar y problemas requiere una intervención aunque no esté necesariamente relacionada de forma causal con la otra.

Este estudio tiene fortalezas en cuanto al diseño poblacional, la aplicación de una muestra probabilística representativa, la utilización tanto de una prueba de cribado como de diagnóstico de trastornos de interés en salud pública, en un grupo etario con frecuencia excluido debido a las dificultades metodológicas que supone su abordaje. Las limitaciones están dadas por el hecho de que se trata de un estudio transversal y, dado los objetivos planteados, no se puede definir si hay asociaciones o relaciones causales. También hay que tener en cuenta que, aunque hay preguntas que hacen referencia a síntomas somáticos pero además indican problemas mentales, se pueda estar sobrestimándolos, pero es más importante el reconocimiento que permita hacer una evaluación más exhaustiva para que los niños puedan acceder a los tratamientos. También hay limitaciones en la comparabilidad de la definición de condición crónica que se aplicó y del diagnóstico de posibles problemas mentales con el RQC, dado que son instrumentos diferentes de los otros resultados descritos; sin embargo, son pocos los estudios sobre condiciones crónicas que usen el RQC como instrumento de evaluación.

Teniendo en cuenta el diseño del estudio, el tipo de análisis propuesto y la poca información disponible acerca de problemas mentales en niños con condiciones crónicas, el tema requiere mayor profundización y evaluar todo el espectro de problemas de salud mental y trastornos mentales que puedan presentar, si hay asociaciones, de qué tipo puedan ser y evaluar la posibilidad de relaciones causales que finalmente permitan diseñar estrategias puntuales de promoción y prevención en salud mental en ellos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM); contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

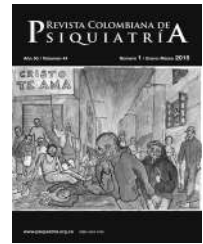
Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con este estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio, en especial a Sebastián Hernández por la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

- Alwan A. Global status report on noncommunicable diseases. World Health. 2010:176.
- Halfon N, Newacheck PW. Evolving notions of childhood chronic illness. *JAMA*. 2010;303:665-6.
- 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;22:781-6.
- Piane GM, Smith TC. Building an evidence base for the co-occurrence of chronic disease and psychiatric distress and impairment. 2014:1-11.
- Levenson J, Wulsin L. The American Psychiatric Publishing textbook of psychosomatic medicine: psychiatric care of the medically ill. 2.^a ed. Washington: American Psychiatric Publishing; 2010.
- 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;8:12.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry Off J World Psychiat Assoc WPA*. 2007;6:168-76.
- Van Der Lee J, Mokkink L, Grootenhuis M, Heymans H, Offringa M. Definitions and measurement of a systematic review. *JAMA*. 2007;297:2741-51.
- Van Cleave J, Gortmaker SL, Perrin JM. Dynamics of obesity and chronic health conditions among children and youth. *JAMA*. 2010;303:623-30.
- 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;44:5-26.
- Acosta-Pérez E, Canino G, Ramírez R, Preliip M, Martin M, Ortega AN. Do Puerto Rican youth with asthma and obesity have higher odds for mental health disorders. *Psychosomatics*. 2012;53:162-71.
- 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 Biomarkers Prev*. 2015;24:653-63.
- 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;68:677-83.
- MSPS, Colciencias Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [citado 28 Oct 2015]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomoi.pdf
- Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 2001;43:218-25.
- Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 2003;45:1257-66.
- Rhebergen D, Beekman ATF, De Graaf R, Nolen WA, Spijker J, Hoogendijk WJ, et al. Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: A 3-year follow-up. *J Affect Disord*. 2010;124:148-56.
- Chou SP, Huang B, Goldstein R, Grant BF. Temporal associations between physical illnesses and mental disorders—Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Compr Psychiatry*. 2013;54:627-38.
- Goodwin RD, Davidson KW, Keyes K. Mental disorders and cardiovascular disease among adults in the United States. *J Psychiatr Res*. 2009;43:239-46.
- 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;61:85-93.
- 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;53:1026-35.
- 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.
- 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.



Artículo original

Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en personas con condiciones crónicas. Resultado de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015



Nathalie Tamayo Martínez^{a,*}, Carlos Gómez-Restrepo^a, Sandra Ramírez^{b,c} y María Nelcy Rodríguez^a

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría, Universidad del Valle, Cali, Colombia

^c Departamento de Clínicas Médicas, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 4 de junio de 2016

On-line el 15 de julio de 2016

Palabras clave:

Trastornos del afecto
Trastornos de ansiedad
Enfermedades crónicas
Enfermedades gastrointestinales

R E S U M E N

Introducción: El estudio de trastornos mentales en personas con condiciones crónicas busca reconocer la importancia de buscarlos activamente y tratarlos, dado que las condiciones crónicas tienen mayor prevalencia de trastornos mentales y su comorbilidad genera una carga mayor que la suma de las que cada uno genera.

Objetivos: Medir la prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en la población colombiana de 12 años en adelante sin y con diferentes condiciones crónicas.

Métodos: La información analizada corresponde a las observaciones de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, que consideró un diseño de corte transversal con representatividad nacional y de los grupos de edad de 12-17, 18-44 y ≥ 45 años. Se miden los trastornos del afecto, además de fobia social, ansiedad generalizada y trastorno de pánico, además de diferentes condiciones crónicas. Todas las prevalencias corresponden a los últimos 12 meses. El análisis de resultados incluyó técnicas de tipo univariable y bivariales de estas condiciones, considerando el diseño de muestras complejas utilizado, es decir, los resultados que se presentan se extrapolan a la población colombiana en estudio.

Resultados: Las personas con enfermedades del aparato gastrointestinal presentan la mayor prevalencia de trastornos del afecto o de ansiedad, seguidas de las que tienen dolor crónico o enfermedades cardíacas y pulmonares, con prevalencias del 27,1, el 13,3, el 12,2 y el 11,5% de los grupos de 18-44 años y el 15,9, el 12,2, el 8,0 y el 7,4% del ≥ 45 años. Esto resulta mayor que la prevalencia de esos trastornos mentales en las personas sin ninguna condición crónica (el 3,5% del grupo más joven y el 1,1% de los mayores). Sin embargo, el riesgo

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nathalietamayo@gmail.com (N.T. Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.06.001>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

de sufrir trastornos mentales es mayor para las personas de más edad; para los que tienen enfermedades gastrointestinales, la prevalencia es 14,9 veces la de las personas de la misma edad sin ninguna condición crónica, pero con la misma enfermedad es 7,8 veces la del grupo más joven.

Conclusiones: Los hallazgos relacionan las condiciones crónicas con mayor prevalencia de trastornos mentales; en el presente estudio se resalta que son las personas de más edad quienes presentan la mayor comorbilidad.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Prevalence of Mood and Anxiety Disorders on People with Chronic Conditions. Results from the National Mental Health Survey in Colombia 2015

A B S T R A C T

Keywords:

Mood disorders
Anxiety disorders
Chronic disease
Gastrointestinal diseases

Introduction: The study of mental disorders in people with chronic conditions recognises the importance of actively seeking and treating both, since chronic conditions have a higher prevalence than mental disorders and their comorbidity generates greater burden than if each one was considered separately.

Objectives: To measure the prevalence of mood disorders and anxiety in a Colombian population of 12 years and older and with and without different chronic conditions.

Methods: The information is taken from the National Mental Health Survey 2015 in Colombia, which was an observational cross-sectional study with national representativeness for the age groups measured 12–17, 18–44, and 45 and older. Disorders measured were mood disorders and anxiety social phobia, generalised anxiety disorder, and panic disorder in the past 12 months, and several chronic conditions. Univariate and bivariate analyses were performed for these conditions.

Results: The highest prevalence of mood and anxiety disorders were found in people with gastrointestinal diseases, followed by those with chronic pain, heart, and lung diseases, which corresponded to 27.1%, 13.3%, 12.2%, and 11.5%, respectively, in those between 18 and 44 years old, and 15.9%, 12.2%, 8.0%, and 7.4% of those 45 and older, respectively. This was greater than the prevalence of these mental disorders in people with no chronic condition, where the prevalence is 3.5% in the younger, and 1.1% in the older group. However, the risk of these mental disorders is higher in older people. Thus, in those with gastrointestinal diseases when compared to people of the same age without any chronic condition the prevalence is 14.9 times higher, but for the same disease in the younger group it is 7.8.

Conclusions: These findings link chronic conditions with a higher prevalence of mental disorders, which in the present study also highlights the greater comorbidity of mood and anxiety disorders in the elderly.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La información relativa a los trastornos mentales y condiciones crónicas se puede analizar según dos perspectivas, la prevalencia de condiciones crónicas en personas con trastornos mentales, que sería más relevante en servicios de salud mental, y la prevalencia de trastornos mentales en personas con condiciones crónicas serviría para evaluar las necesidades en relación con trastornos mentales en centros de atención de condiciones crónicas y según las características de la población atendida; en el reporte del *World Mental Health Survey*, se muestra que los trastornos mentales ocurren más

frecuentemente en personas con condiciones crónicas. En las personas con alguna condición crónica (diferente del dolor), la prevalencia de algún trastorno de ansiedad o del afecto es del 3,8% y en las personas con dolor, del 5,9%, mientras que en las personas que no tienen ninguna condición crónica es del 3,3%¹.

La asociación entre estas condiciones genera discapacidad y limitación en el funcionamiento de los individuos en el ámbito personal y laboral superiores que la suma de las que cada condición genera²⁻⁵, lo cual se refleja en que más del 75% de los costos en salud se producen por enfermedades crónicas⁶ y que cuatro de las cinco condiciones de salud más costosas son enfermedades crónicas: enfermedad cardíaca,

cáncer, enfermedad mental y afecciones pulmonares⁷, por lo que se las considera un problema de salud pública en países tanto desarrollados como en vías de desarrollo⁸.

Parece que hay una relación bidireccional en la asociación de trastornos mentales y enfermedades crónicas, en la que la presencia de estas se asocia a aparición de trastornos mentales. Por ejemplo, las personas con enfermedades acidopépticas y cardíacas tienen mayor riesgo de sufrir trastornos del afecto y de ansiedad, y aquellos con artritis, con los trastornos de ansiedad y afectivo bipolar tipo I al ajustar por variables socio-demográficas y otros factores de riesgo, como los relacionados con el estilo de vida, el estrés y otros trastornos mentales⁹⁻¹². Por otro lado, las personas con trastornos mentales también tienen mayor riesgo de otras enfermedades crónicas¹³.

Además, hay que tener en cuenta que las personas con comorbilidades de trastornos mentales y afecciones crónicas demandan más atención en salud, y esto a su vez genera más costos¹⁴; por otra parte, el tratamiento de la depresión lleva a una mejoría sintomática más rápida con el consecuente restablecimiento del funcionamiento del sujeto⁴. Estos hallazgos mencionados corresponden a población adulta, y aún hay vacíos en el conocimiento, dado que es poca la información de esta asociación en población general y la relación según el tipo de condiciones crónicas, y no hay información de adolescentes. Teniendo en cuenta que es importante considerar la relación entre condiciones crónicas con trastornos mentales que permitan integrar el componente de salud mental en los otros tipos de consulta médica, el objetivo del presente artículo es actualizar y presentar la prevalencia de trastornos mentales en las personas con diferentes afecciones crónicas, según la información obtenida en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 en Colombia de la población de 12 años en adelante.

Métodos

La encuesta es un estudio observacional de corte transversal en el ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La población de referencia son personas no institucionalizadas de edad ≥ 12 años; la muestra es de tipo probabilístico, polietápica y estratificada; los grupos de edad considerados son 12-17, 18-44 y ≥ 45 años, y la información se recogió de la persona seleccionada en su domicilio. La descripción detallada de la metodología se expone en el protocolo del estudio, disponible en la página web del MSPS.

Para la definición de los diagnósticos de enfermedades crónicas, se preguntó por condiciones previamente diagnosticadas por un médico según una lista de enfermedades agrupadas para las personas entre 12 y 17 años en: dermatitis, diabetes mellitus, enfermedad neoplásica, enfermedad renal, enfermedad tiroidea, enfermedad cardíaca, enfermedad gastrointestinal, enfermedades del aparato locomotor, enfermedades hematológicas, acné, epilepsia u otra. Para las personas de 18 años en adelante, en: hipertensión arterial, diabetes mellitus, enfermedad neoplásica, enfermedad renal, enfermedad tiroidea, enfermedad pulmonar, enfermedad cardíaca, enfermedad gastrointestinal, artritis o fibromialgia,

enfermedad hepática, enfermedad cerebrovascular, dolor crónico, epilepsia u otra. Para obesidad se calculó el índice de masa corporal (IMC) a partir de la estatura y el peso reportados por cada persona; se consideró obesidad un $IMC \geq 30$. Los trastornos mentales se midieron con la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0), que es la entrevista estructurada aplicable por no profesionales creada por la Organización Mundial de la Salud y validada al español¹⁵. Se usaron los criterios diagnósticos del DSM-IV, se tomaron los cálculos de la prevalencia para los grupos de análisis en los últimos 12 meses, y los trastornos incluidos fueron trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar tipo I, otros trastornos afectivos bipolares (incluye el tipo II) —agrupados estos como trastornos del afecto— y trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, agrupados como trastornos de ansiedad. Se presentan las prevalencias simples y estratificadas y razones de prevalencias de trastornos mentales y condiciones crónicas.

Los resultados son representativos de la población colombiana de edad ≥ 12 años según los grupos analizados. Los hallazgos con coeficientes de variación (CV) $< 16,6\%$ se consideran confiables desde el punto de vista estadístico; los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser evaluados con precaución, y los que resultan mayores se consideran imprecisos¹⁶. En este reporte, se presentan los resultados cuyos estimativos presentaron $CV < 33,3\%$.

Resultados

En la población de 18-44 años, el 36,7% (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 35,3-38,1) reportan por lo menos una enfermedad crónica; las tres más frecuentes son obesidad (10,5%; IC95%, 9,6-11,4), hipertensión arterial (5,9%; IC95%, 5,3-6,6) y enfermedad gastrointestinal (4,3%; IC95%, 3,7-5,0); en la población ≥ 45 años, el 65,8% (IC95%, 64,2-67,3) reporta por lo menos una enfermedad crónica; las más frecuentes son hipertensión arterial (33,3%; IC95%, 31,8-34,8), obesidad (16,1%; IC95%, 14,9-17,3) y artritis o fibromialgia (15,1%; IC95%, 14,0-16,3). El 42,4% (IC95%, 39,7-45,0) de los adolescentes reportan por lo menos una condición crónica; las tres más prevalentes son obesidad (18,3%; IC95%, 16,4-20,5), dermatitis (9,2%; IC95%, 7,7-10,9) y enfermedad pulmonar (5,5%; IC95%, 4,4-6,8).

Se encuentra en Colombia una prevalencia general de los trastornos mentales medidos del 5,1% (IC95%, 4,3-6,3) de las personas entre 18 y 44 años y el 2,3% (IC95%, 1,8-3,0) de las de edad ≥ 45 años¹⁷; la prevalencia de estos según condiciones crónicas se presenta en la tabla 1, en la cual se observa que es mayor la prevalencia de alguno de estos trastornos en las personas con enfermedades crónicas que en las que no las tienen. Para los dos grupos etarios, las enfermedades gastrointestinales son las que presentan la mayor comorbilidad; respecto a las personas de la misma edad sin ninguna condición crónica, se presentan 7,7 veces más en el grupo más joven y 14,9 veces más en el de mayor edad, seguidas del dolor crónico, la enfermedad cardíaca y la diabetes mellitus. Con esta no se encuentra mayor prevalencia de trastornos mentales en las personas de 45 años en adelante. En adolescentes de 12-17 años, la prevalencia general de cualquiera de estos trastornos

Tabla 1 – Prevalencia de trastornos del afecto y de ansiedad en los últimos 12 meses en personas con enfermedades crónicas, por grupo etario

Afecciones crónicas	Edad			
	18-44 años		≥ 45 años	
	%	CV (IC95%)	%	CV (IC95%)
Ninguna	3,5	13,2 (2,7-4,5)	1,1	31,0 (0,6-2,0)
Diabetes mellitus	9,2	28,2 (5,2-15,6)	3,6	29,5 (2,0-6,4)
Enfermedad pulmonar	11,5	23,1 (7,2-17,8)	7,4	25,3 (4,4-11,9)
Enfermedad cardiaca	12,2	31,9 (6,4-22,1)	8,0	23,2 (5,1-12,5)
Reflujo, gastritis, úlcera o intestino irritable	27,1	16,0 (19,5-36,3)	15,9	18,5 (11,0-22,6)
Dolor crónico	13,3	21,9 (8,6-20,1)	9,8	18,8 (6,7-14,0)

CV: coeficiente de variación; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

Tabla 2 – Prevalencia de trastornos del afecto, de ansiedad o de alguno de ellos en los últimos 12 meses, según el número de condiciones crónicas. Población colombiana de edad ≥ 18 años

Enfermedades crónicas	Trastornos del afecto		Trastornos de ansiedad		Cualquier trastorno	
	%	CV (IC95%)	%	CV (IC95%)	%	CV (IC95%)
Ninguna	1,7	15,6 (1,2-2,2)	1,4	17,7 (1,0-2,0)	2,9	12,3 (2,2-3,6)
Una	1,8	15,3 (1,3-2,4)	1,8	17,9 (1,3-2,6)	3,5	12,2 (2,7-4,4)
Dos	4,1	25,4 (2,5-6,6)	3,7	21,0 (2,4-5,5)	6,5	18,0 (4,6-9,3)
Tres o más	7,2	20,0 (4,8-10,6)	4,8	17,4 (3,4-6,8)	9,5	16,0 (6,9-12,9)
Alguna que limita las actividades diarias	8,9	18,5 (6,2-12,7)	7,6	16,4 (5,5-10,4)	12,8	14,3 (9,6-16,8)

CV: coeficiente de variación; IC95%: intervalo de confianza del 95%.

es del 4,4% (IC95%, 3,3-5,7). En los que no tienen ninguna condición crónica, esa prevalencia es del 4,5% (IC95%, 3,2-6,4) y en los que tienen por lo menos una, del 4,7% (IC95%, 3,2-6,8).

Para las personas de 18 años en adelante en 2015, en Colombia la prevalencia general de trastornos mentales es del 2,4% (IC95%, 2,0-3,0) con cualquier trastorno del afecto, el 2,1% (IC95%, 1,7-2,5) con los trastornos de ansiedad medidos y el 4,0% (IC95%, 3,5-4,6) con cualquiera de estos¹⁷.

En la tabla 2 se presentan las prevalencias de trastornos del afecto, de ansiedad o cualquiera de estos según el número de enfermedades crónicas o presentando por lo menos una condición crónica que limita las actividades según los grupos etarios. Se observa que es menor la prevalencia en los dos grupos de trastornos o cualquiera de estos en las personas que no tienen ninguna condición crónica; aumenta según las personas tengan una (no es diferente para trastornos de ansiedad), dos, tres o más, y la mayor prevalencia se encuentra en las personas que reportan alguna condición crónica que limita sus actividades, en quienes la prevalencia para los trastornos del afecto y de ansiedad es 5,2 y 5,4 veces mayor que para los que no presentan ninguna.

Al considerar los grupos etarios, el 21,4% (IC95%, 16,3-27,6) de las personas de 18-44 años y el 8,2% (IC95%, 6,0-11,2) del grupo ≥ 45 que tienen por lo menos una condición crónica que limita sus actividades sufren alguno de los trastornos mentales medidos, prevalencia que es 6,1 veces mayor en el grupo más joven y 7,7 veces mayor en el grupo de más edad. En adolescentes las estimaciones son imprecisas, por lo que no se presentan.

Discusión

Aún es poca la información disponible que relacione los trastornos mentales con condiciones crónicas en la población general; sin embargo, es importante para definir estrategias de diagnóstico y tratamiento para la atención médica no psiquiátrica; los hallazgos del presente estudio coinciden con los del *World Mental Health Survey*¹, que encontró que la prevalencia de cualquier trastorno mental en las personas que no tienen ninguna condición crónica es del 3,3% y en las que tienen alguna (diferente del dolor) es del 3,8%. En el estudio actual son del 2,9 con ninguna y el 3,5% con una, y aumenta según el número de enfermedades sufridas, más en los que tienen alguna condición que limita las actividades diarias, entre los que el mayor impacto se ve en las personas mayores, para quienes es 7,7 veces mayor.

En cuanto a las enfermedades crónicas, las de mayor prevalencia de trastornos mentales son las enfermedades del aparato gastrointestinal, el dolor y las enfermedades cardiacas y pulmonares (respectivamente, el 27,1, el 13,3, el 12,2 y el 11,5% de las personas de 18-44 años y el 15,9, el 12,2, el 8,0 y el 7,4% de las personas de 45 años en adelante), prevalencias mayores que la de trastornos mentales en las personas sin ninguna condición crónica (el grupo más joven, el 3,5%; grupo de mayores, el 1,1%).

Asimismo coinciden los hallazgos relacionados con una menor prevalencia de trastornos mentales del afecto y de

ansiedad en las personas de más edad¹⁷; al relacionarlo con las condiciones crónicas, la menor prevalencia se encuentra en las personas con ninguna y aumenta según el número de afecciones que sufran o si la enfermedad limita las actividades. También se encuentra que el riesgo de tener alguno de los trastornos mentales es mayor en las personas de más edad. Por ejemplo, para las personas con enfermedades gastrointestinales del grupo de más edad, la comorbilidad es 14,9 veces más, mientras que en el grupo de menos edad con las mismas enfermedades es 7,7 veces más, y si hay limitación en las actividades, 7,7 veces para el grupo de mayores y 6,1 veces en el grupo más joven.

En los adolescentes los hallazgos no son concluyentes, posiblemente por el menor tamaño de muestra; esto se refleja también en que la mayoría de los estimadores son imprecisos.

Esta investigación resalta y concuerda con otros estudios representativos de la población general en diferentes culturas, en los que se encuentra relación entre enfermedades crónicas y mayor comorbilidad con trastornos mentales, como el trastorno de ansiedad generalizada en personas con enfermedades respiratorias, el trastorno afectivo bipolar en las personas con enfermedades del aparato locomotor, el trastorno depresivo mayor en las personas con enfermedades endocrinas y el trastorno de ansiedad generaliza en las personas con enfermedades crónicas en general^{1,18}. Es muy posible que la relación entre estas condiciones sea bidireccional, ya que se ha encontrado riesgo de sufrir trastornos mentales en personas con afecciones crónicas⁹⁻¹² y riesgo de tener enfermedades crónicas en personas con trastornos mentales¹³.

Por lo tanto, teniendo en cuenta cómo está aumentando la expectativa de vida, que se relaciona con la mayor sobrevida de las personas con afecciones crónicas, es importante considerar la evaluación del estado mental para un diagnóstico y un tratamiento adecuados de estos pacientes, que significa también una mayor investigación en esta área para conocer las situaciones y desarrollar intervenciones que impacten positivamente y mejoren sus condiciones.

Entre las fortalezas se encuentran el diseño poblacional, con una muestra probabilística representativa de la población colombiana, y la evaluación de trastornos mentales mediante instrumentos estandarizados usados en otros estudios poblacionales^{1,13}. Entre las limitaciones, que el diseño metodológico no permite medir en qué dirección se relacionan las enfermedades crónicas con los trastornos mentales; tampoco se midieron todos los trastornos mentales y la lista de enfermedades crónicas no era la misma que se usó en los estudios antes mencionados, por lo que los resultados de prevalencias no son comparables; además, que el diagnóstico sea el reportado por el paciente puede ser bueno para algunas enfermedades como diabetes mellitus, asma, EPOC y enfermedad tiroidea; aceptable para hipertensión arterial y enfermedad cerebrovascular, entre otros, y es mala para enfermedades articulares, entre otras¹⁹; tampoco se analizó si los trastornos del aparato gastrointestinal están relacionados con efectos adversos de la medicación, y el análisis de adolescentes no fue posible porque la mayoría de los estimadores son imprecisos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM); contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses en relación con este estudio.

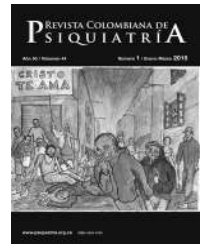
Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio, en especial a Sebastian Hernández por la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scott KM, Von Korff M, Alonso J, Angermeyer M, Bromet EJ, Bruffaerts R, et al. Age patterns in the prevalence of DSM-IV depressive/anxiety disorders with and without physical co-morbidity. *Psychol Med.* 2008;38:1659-69.
2. Kessler RC, Greenberg PE, Mickelson KD, Meneades LM, Wang PS. The effects of chronic medical conditions on work loss and work cutback. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med.* 2001;43:218-25.
3. Kessler RC, Ormel J, Demler O, Stang PE. Comorbid mental disorders account for the role impairment of commonly occurring chronic physical disorders: results from the National Comorbidity Survey. *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med.* 2003;45:1257-66.
4. Rhebergen D, Beekman ATF, De Graaf R, Nolen WA, Spijker J, Hoogendijk WJ, et al. Trajectories of recovery of social and physical functioning in major depression, dysthymic disorder and double depression: A 3-year follow-up. *J Affect Disord.* 2010;124:148-56.
5. Cerne A, Rifel J, Rotar-Pavlic D, Svab I, Selic P, Kersnik J. Quality of life in patients with depression, panic syndrome, other anxiety syndrome, alcoholism and chronic somatic diseases: a longitudinal study in Slovenian primary care patients. *Wien Klin Wochenschr.* 2013;125:1-7.

6. Galobardes B, Shaw M, Lawlor DA, Lynch JW. Indicators of socioeconomic position (part 1). *J Epidemiol Community Health*. 2006;60:7-12.
7. Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá: Departamento Nacional de Planeación (DNP), Departamento Administrativo y nacional de Estadística (DANE); 2012.
8. OPS. Salud, Bienestar, y Envejecimiento en América Latina y el Caribe [Internet]. Geneva: WHO. Disponible en: <http://www.ssc.wisc.edu/sabe/home.html>
9. Patten SB. An analysis of data from two general health surveys found that increased incidence and duration contributed to elevated prevalence of major depression in persons with chronic medical conditions. *J Clin Epidemiol*. 2005;58:184-9.
10. Wang J, Williams J, Lavorato D, Schmitz N, Dewa C, Patten SB. The incidence of major depression in Canada: The National Population Health Survey. *J Affect Disord*. 2010;123:158-63.
11. Chou SP, Huang B, Goldstein R, Grant BF. Temporal associations between physical illnesses and mental disorders—Results from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions (NESARC). *Compr Psychiatry*. 2013;54:627-38.
12. Goodwin RD, Davidson KW, Keyes K. Mental disorders and cardiovascular disease among adults in the United States. *J Psychiatr Res*. 2009;43:239-46.
13. Patten SB, Williams JVA, Lavorato DH, Modgill G, Jetté N, Eliasziw M. Major depression as a risk factor for chronic disease incidence: longitudinal analyses in a general population cohort. *Gen Hosp Psychiatry*. 2008;30:407-13.
14. Egede LE, Zheng D, Simpson K. Comorbid depression is associated with increased health care use and expenditures in individuals with diabetes. *Diabetes Care*. 2002;25:464-70.
15. Navarro-Mateu F, Morán-Sánchez I, Alonso J, Tormo MJ, Pujalte ML, Garriga A, et al. Cultural adaptation of the Latin American version of the World Health Organization Composite International Diagnostic Interview (WHO-CIDI) (v 3.0) for use in Spain. *Gac Sanit*. 2013;27:325-31.
16. 5.0 Data accuracy and quality [Internet] [citado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026m/2007001/ch5-eng.htm>
17. MSPS, COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 [Internet] [citado 28 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud.mental.tomoI.pdf>
18. Ferro MA. Major depressive disorder, suicidal behaviour, bipolar disorder, and generalised anxiety disorder among emerging adults with and without chronic health conditions. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2015:1-13.
19. Hansen H, Schäfer I, Schön G, Riedel-Heller S, Gensichen J, Weyerer S, et al. Agreement between self-reported and general practitioner-reported chronic conditions among multimorbid patients in primary care — results of the MultiCare Cohort Study. *BMC Fam Pract*. 2014;15:39.



Artículo original

Violencia por conflicto armado y prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad y problemas mentales en la población adulta colombiana



Carlos Gómez-Restrepo^{a,b,*}, Nathalie Tamayo-Martínez^a, Giancarlo Buitrago^a,
Carol Cristina Guarnizo-Herreño^{c,d}, Nathaly Garzón-Orjuela^e,
Javier Eslava-Schmalbach^{f,g}, Esther de Vries^a, Herney Rengifo^h, Andrea Rodríguezⁱ
y Carlos Javier Rincón^a

^a Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^c Department of Epidemiology and Public Health, University College London, Londres, Reino Unido

^d Department of Health Management and Policy, University of Iowa

^e Nutricionista Dietista, Bogotá, Colombia

^f Grupo de Equidad en Salud, Hospital Universitario Nacional de Colombia, Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, Bogotá, Colombia

^g Centro de Desarrollo de Tecnología, Sociedad Colombiana de Anestesiología y Reanimación (S.C.A.R.E.), Bogotá, Colombia

^h Dirección de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y la Protección Social, Bogotá, Colombia

ⁱ Dirección de Epidemiología y Demografía, Ministerio de Salud y la Protección Social, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 17 de agosto de 2016

Aceptado el 11 de noviembre de 2016

On-line el 3 de diciembre de 2016

Palabras clave:

Violencia

Conflicto armado

Trastornos mentales

Salud mental

Encuesta nacional

RESUMEN

Antecedentes: La violencia en Colombia tiene una historia de más de 50 años. se calcula que entre 1985 y 2012 han fallecido 220.000 colombianos y cerca de 6.000.000 han sido desplazados por la violencia.

Objetivo: Describir y comparar las prevalencias de algunos problemas y trastornos mentales en la población adulta colombiana teniendo en cuenta las características del municipio respecto a su historia de violencia o conflicto armado.

Métodos: Se utilizaron los resultados de los adultos (mayores de 18 años) sobre algunos problemas y trastornos mentales de la ENSM de 2015, y se clasificaron los municipios según la presencia y la intensidad del conflicto utilizando la clasificación propuesta por la CERAC. Se realizó la medición de trastorno (con el CIDI-CAPI), problemas (con AUDIT, PCL modificado) y consumo de sustancias psicoactivas.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez.restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.11.001>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Resultados: Se entrevistó a 10.870 personas, de las que 5.429 no habían cambiado de residencia. El 21,8% de los municipios sufrían conflicto permanente; el 65,5%, interrumpido, y solamente el 12,7% había sido pacificado o no tenía conflicto. La intensidad del conflicto se reportó alta en el 31,8%. Los municipios violentos presentaban prevalencias más altas de trastornos de ansiedad, depresivos, posible trastorno de estrés posttraumático y consumo de cigarrillo. El consumo de alcohol era más frecuente en municipios con menor intensidad del conflicto.

Conclusiones: Los municipios clasificados como con altos niveles de violencia presentaban mayor prevalencia de trastornos mentales y de la mayoría de los problemas mentales.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Violence due to Armed Conflict and Prevalence of Mood Disorders, Anxiety and Mental Problems in the Colombian Adult Population

A B S T R A C T

Keywords:

Violence
Armed conflict
Mental disorders
Mental health
National survey

Background: Violence in Colombia has a history of over 50 years. Between 1985 and 2012 an estimated of 220,000 Colombians have died and about 6,000,000 have been displaced by violence.

Objective: To describe and compare the prevalence of some problems and mental disorders in the adult population in Colombia, taking into account the characteristics of the municipality, as regards its history of violence or armed conflict.

Methods: The results for adults (over 18 years) of some problems and mental disorders were taken from the ENSM-2015. The municipalities were classified according to the presence and intensity of the conflict using the classification proposed by the CERAC. Disorders were measured using CIDI-CAPI, and problems with AUDIT, modified PCL (Post-Traumatic Stress Disorder Checklist). An estimate was also made of psychoactive substances consumption.

Results: A total of 10,870 people were interviewed, of whom 5,429 had not changed residence. There was had permanent conflict in 21.8% of the municipalities, 65.5% had a discontinued conflict, and only 12.7% had been pacified or had no conflict. The intensity of the conflict was reported as high by 31.8% of the people. Violent municipalities have a higher prevalence of anxiety disorders, depression, possible Post-Traumatic Stress Disorder, and smoking. Alcohol consumption was more common in municipalities with less intense conflict.

Conclusions: The municipalities classified as having high levels of violence have a higher prevalence of mental disorders and the majority of the mental problems.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

Durante los últimos 50 años, Colombia ha vivido en situación permanente de conflicto armado interno, producto de complejos fenómenos de violencia política. Esta violencia se entiende como la «ejercida como medio de lucha político social con el fin de mantener, modificar, sustituir o destruir un modelo de Estado o de sociedad, o también, para destruir o reprimir a un grupo humano por su afinidad social, política, gremial, racial, ideológico o cultural, esté o no organizado. Esta violencia se expresa entonces, en una sociedad como la colombiana, a través de violaciones a los derechos humanos, infracciones graves al derecho internacional humanitario, acciones bélicas y violencia político-social»¹.

Ese conflicto interno causó entre 1985 y 2012 220.000 muertes (el 81,5% civiles y el 18,3% combatientes) y 5,7 millones

de personas desplazadas. Además, en ese periodo hubo 1.982 víctimas de minas antipersona y se perpetraron 1.982 masacres. Entre 1970 y 2010 hubo en Colombia 27.023 secuestros. Esto significa que, en promedio, cada hora se desplazaron 26 personas y cada 12 h se secuestró a 1 persona en Colombia².

Asimismo, en estos últimos 50 años, en Colombia hubo un aumento de la tasa de homicidios que se relaciona con el desarrollo de situaciones asociadas al actual ciclo de violencia: el problema del narcotráfico y el conflicto político-militar³.

Esta situación de violencia en Colombia ha tenido un impacto importante en la estabilidad y la estructura social que ha llevado a un deterioro de la calidad de vida y la salud física y mental de la población colombiana⁴.

Según la Encuesta Nacional de Salud Mental realizada en Colombia en el año 2015 (ENSM 2015) entre el 10,4 y el 10,7% de la población adulta ha sufrido un trauma relacionado con

crímenes comunes, el 7,9% con conflicto armado y un 6,1-7,7% con violencia doméstica⁵.

Esta asociación entre salud mental y exposición a diferentes formas de violencia se ha observado en distintos contextos. Personas que estuvieron expuestas a eventos de guerra tienen más riesgo de sufrir trastornos mentales incluso 10 años después de los sucesos, con prevalencia de trastorno depresivo o de ansiedad casi en la mitad de ellos y estrés postraumático en un tercio, aunque se han reportado cifras diversas^{6,7}, incluso en población colombiana desplazada⁸⁻¹⁰. Sin embargo, hasta la fecha no se han realizado estudios poblacionales con representatividad nacional que describan la prevalencia de problemas y trastornos mentales relacionados con circunstancias de violencia por conflicto armado en la población adulta según la exposición del lugar de residencia.

El objetivo de este artículo es describir y contrastar las prevalencias de algunos problemas y trastornos mentales de la población adulta en Colombia según la ENSM 2015, teniendo en cuenta las características del municipio de residencia respecto a su historia de violencia o conflicto armado, considerando presencia e intensidad del conflicto y describiendo a la población total y la población que permaneció en la residencia.

Material y métodos

Problemas y trastornos mentales

La prevalencia de problemas y trastornos mentales en la población adulta de Colombia se obtiene a partir de la ENSM 2015. La ENSM es una encuesta de ámbito nacional basada en una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. La población de referencia para este estudio fueron personas mayores de 18 años no institucionalizadas; la muestra es de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad (18-44 y ≥ 45 años) y las 5 regiones del país⁵.

Para la evaluación de los trastornos mentales, se utilizó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0), con criterios diagnósticos del DSM-IV¹¹. Se evaluaron las prevalencias de vida de trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos afectivos bipolares (incluido el tipo II), trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, además del módulo de conducta suicida. Para evaluar el consumo de alcohol, se utilizó el AUDIT, la versión corta para cribado y el instrumento completo (AUDIT-A)¹². Para definir la variable pobreza se utilizó el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP)^{13,14}. Además, se diseñó una encuesta para indagar sobre el consumo de sustancias psicoactivas, basada en la Prueba de Detección de Consumo de Alcohol, Tabaco y Sustancias (ASSIST)¹⁵. La validación de estas herramientas se llevó a cabo durante la ENSM 2015 mediante una revisión completa de los indicadores y componentes de las encuestas por el comité técnico y definido por expertos para posterior análisis y realización de los ajustes necesarios para su aplicación local⁵.

Para evaluar las reacciones a eventos traumáticos, se consideró el uso de la PCL-C (*Posttraumatic Check List-Civilian version*), en la que se mantuvieron las mismas preguntas relacionadas

con síntomas¹⁶, con el punto de corte propuesto por Brewin¹⁷. Sin embargo, se modificó el marco temporal, pues se preguntó por los síntomas en los últimos 12 meses y su frecuencia como diariamente (2-6 veces a la semana), al menos cada semana, 1-3 veces al mes y menos de 1 vez al mes o sin el síntoma. De esta forma, las personas que entraron con posible estrés postraumático tenían mayor frecuencia de síntomas que los reportados en la escala original¹⁸.

Clasificación de municipios según los niveles de violencia

Para este estudio se utilizó la tipología de municipios de Colombia según el conflicto armado interno, clasificación propuesta por el Centro de Recursos para el Análisis de Conflictos (CERAC). Se utilizó la información reportada por el Sistema de Análisis y Registro de Acciones de Conflicto (SERAC), una base de datos diseñada por CERAC para el registro de acciones de conflicto¹⁹ que considera eventos violentos como la unidad de datos que se incluyen en el análisis²⁰.

A partir de datos sobre presencia de grupos armados del conflicto interno y el número de eventos del conflicto en municipios de Colombia, se construyó una clasificación categorizando a los municipios según la presencia y la intensidad del conflicto entre 2000 y 2012²¹. La variable presencia incluye 4 categorías: a) persistente si había grupos armados durante todo el periodo; b) interrumpido si durante el periodo había años sin presencia de grupos armados; c) finalizado si en los últimos 8 años del periodo no hubo evidencia de presencia de grupos armados, y d) sin conflicto si no hubo evidencia de presencia de grupos armados durante el periodo.

La variable intensidad incluye 2 categorías relacionadas con el promedio de eventos del conflicto armado en cada municipio durante el periodo de estudio respecto a la media nacional (alta y baja intensidad). En resumen, cada municipio de Colombia fue categorizado según la presencia del conflicto durante el periodo de observación, que representa la existencia y la duración del conflicto, y la intensidad, que representa la magnitud con la cual el conflicto ha afectado a cada municipio (en comparación con la media nacional).

Análisis

Se presentan las prevalencias estratificadas de los problemas y trastornos mentales según la exposición a conflicto armado de los municipios, y se estiman las *odds ratio* (OR) según la clasificación de los municipios por intensidad del conflicto. Para evaluar de manera más precisa el efecto de la exposición en estos desenlaces, se analizaron las prevalencias en las personas que no cambiaron de residencia y se excluyó a las que cambiaron por cualquier razón, como desplazamiento forzado o para mejorar condiciones de vida.

Se calcularon los porcentajes e intervalos de confianza del 95% (IC95%) de cada una de las variables en estudio utilizando el método de linealización mediante series de Taylor para la estimación de la varianza en encuestas complejas utilizando STATA 14^{22,23}. Al estimar la precisión de los resultados, se calcularon los coeficientes de variación (CV). En su interpretación, los menores del 16,6% se consideran confiables desde el punto de vista estadístico, los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser evaluados con precaución

Tabla 1 – Descripción de la muestra

	Muestra total	Permanece en municipio de residencia habitual
Muestra, n	10.870	5.429
Población representada, n	32.754.304	16.616.084
Sexo		
Varones	4.384 (40,3)	2.163 (39,8)
Mujeres	6.486 (59,7)	3.266 (60,2)
Estado civil		
Casado o unión libre o en pareja	6.016 (55,3)	2.906 (53,5)
Separado, viudo o divorciado	1.962 (18,1)	900 (16,6)
Soltero	2.892 (26,6)	1.623 (29,9)
Región		
Central	2.173 (20,0)	1.008 (18,6)
Atlántico	2.361 (21,7)	1.409 (26,0)
Bogotá	1.726 (15,9)	801 (14,8)
Oriental	2.577 (23,7)	1.091 (20,1)
Pacífica	2.033 (18,7)	1.120 (20,6)
Zona		
Urbana	8.277 (76,2)	3.883 (71,5)
Rural	2.593 (23,9)	1.546 (28,5)
Pobreza		
Hogares no en pobreza	9.548 (87,8)	4.680 (86,2)
Hogares en pobreza	1.322 (12,2)	749 (13,8)

Salvo otra indicación, los valores expresan n (%).

Tabla 2 – Descripción de los municipios

	Municipios	Adultos encuestados
Conflicto permanente	24 (21,8)	5.125 (47,2)
Conflicto interrumpido	72 (65,5)	4.791 (44,1)
Conflicto pacificado	10 (9,1)	606 (5,6)
Sin conflicto	4 (3,6)	348 (3,2)
Intensidad		
Alta	35 (31,8)	5.998 (55,2)
Baja	75 (68,2)	4.872 (44,8)
Total	110 (100)	10.870 (100)

Los valores expresan n (%).

y los que resultan mayores se consideran imprecisos y están identificados en las tablas²⁴.

Resultados

Se considera que los resultados de las 10.870 personas son representativos de la población colombiana de 18 o más años (total, 32.754.304 individuos). En la tabla 1 se presentan las características de la población total y de quienes permanecieron en el municipio de residencia habitual (no han cambiado de residencia) y en la tabla 2, la clasificación de exposición a violencia de los municipios en los que vive la población encuestada y la distribución de los encuestados.

La tabla 2 demuestra que el muestreo resultó en una sobrerrepresentación de población de municipios afectados

por la violencia; la mayoría de la población encuestada (47,2%) vivía en municipios con violencia permanente.

La tabla 3 y la tabla 4 presentan la información de las prevalencias de trastornos del afecto, ansiedad generalizada, fobia social y trastorno de pánico en la vida, posible estrés postraumático, intentos de suicidio en la vida, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas dividido en toda la población adulta colombiana y en la población que nunca ha cambiado de municipio, es decir, excluidos los que se han desplazado por cualquier causa, como la violencia, para tener una estimación más precisa del efecto de la exposición de los eventos de interés en los problemas mentales medidos. Se encuentra que, de los encuestados procedentes de municipios con «conflicto permanente», el 10,8% tenía cualquier trastorno del afecto o ansiedad en la vida, cifra que se redujo al 7,2% en municipios con «conflicto interrumpido» ($p < 0,05$). Dicha reducción es incluso mayor en los municipios que tenían «conflicto pacificado» y municipios «sin conflicto». Igualmente, estas cifras en la población total son levemente más altas que en la población que permaneció en el municipio de residencia. La misma tendencia se evidenció en los intentos de suicidio (el 2,9 frente al 0,9%), mientras que del posible estrés postraumático (EPT) la prevalencia más alta se observó en municipios con conflicto interrumpido, aunque no es significativa (tabla 3).

La prevalencia de trastornos fue significativamente más alta en municipios con alta intensidad de conflicto, tanto en el grupo total como en el grupo de adultos que permaneció en el municipio de residencia habitual, con prevalencias relativamente más bajas en los últimos; esto se corrobora con las estimaciones, que resultan en OR = 1,4 (IC95%, 1,2-1,8) y OR = 1,7 (IC95%, 1,3-2,4) respectivamente. No se demostró diferencia alguna en posible estrés postraumático o suicidio según la presencia de conflicto o su intensidad, en toda la población y la que no se ha desplazado (tabla 3).

El consumo de marihuana fue mayor en los municipios con conflicto permanente que en los municipios con conflicto interrumpido y en los de alta frente a los de baja intensidad. La estimación que relaciona el consumo de marihuana y la intensidad del conflicto resultó en OR = 1,6 (IC95%, 1,2-2,3) para toda la población y OR = 2,3 (IC95%, 1,4-3,9) para quienes no han cambiado de municipio. Con relación al consumo de otras sustancias psicoactivas ilegales, para toda la población fue OR = 2,6 (IC95%, 1,6-4,1), mientras que para quienes no cambiaron de municipio fue OR = 2,3 (IC95%, 1,1-4,9); sin embargo, el CV en este grupo fue > 33,3%. El consumo excesivo de alcohol fue mayor en los municipios donde el conflicto se ha pacificado, pero no hubo diferencias en el patrón de consumo problemático, las dependencias y el consumo de cigarrillo según la intensidad de exposición al conflicto (tabla 4).

La prevalencia de haber estado expuesto a cualquier evento traumático fue mayor entre las personas que vivían en municipios en conflicto permanente (44,3%; IC95%, 42,1%-46,5%) que entre las que vivían en municipios sin conflicto (34,9%; IC95%, 27,9%-42,6%). Asimismo es consistentemente mayor la exposición específica a eventos traumáticos relacionados con conflicto armado en municipios con exposición fuerte e interrumpida (13,4%; IC95%, 10,5%-16,9%) y sin conflicto (5,4%; IC95%, 3,1%-9,1%).

Tabla 3 – Prevalencia de problemas y trastornos mentales según la exposición a conflicto en el municipio de residencia y entre las personas que nunca han cambiado de residencia

Variables de municipios	Muestra total, % (IC95%)			Sin cambio de municipio de residencia habitual, % (IC95%)		
	Trastorno	EPT	Suicidio	Trastorno	EPT	Suicidio
<i>Conflicto permanente</i>	10,8 (9,4-12,4)	2,9 (2,2-3,9)	2,9 (2,3-3,8)	9,9 (8-12)	2,6 (1,7-4)	2,2 (1,5-3,1)
<i>Conflicto interrumpido</i>	7,2 (6,2-8,3)	3,3 (2,3-4,8)	2,3 (1,8-2,8)	5,9 (4,8-7,3)	4,8 (2,9-7,8)	1,6 (1,1-2,4)
<i>Conflicto pacificado</i>	5,9 (3,4-9,9)	1,8* (0,7-4,5)	0,9* (0,3-2,5)	3,8* (1,9-7,2)	2,3* (0,7-7,6)	1,1* (0,3-4)
<i>Sin conflicto</i>	6,4 (3,5-11,2)	2,3* (0,7-7,3)	3,1* (1,5-6,4)	2,9* (1,2-7,1)	0	2,0* (0,5-7,8)
<i>Intensidad</i>						
Alta intensidad	10,2 (8,9-11,7)	2,7 (2-3,7)	2,8 (2,2-3,6)	9,3 (7,7-11,3)	2,6 (1,7-3,9)	2,1 (1,5-2,9)
Baja intensidad	7,3 (6,4-8,4)	3,5 (2,5-4,9)	2,2 (1,7-2,7)	5,6 (4,5-6,9)	4,7 (2,9-7,4)	1,6 (1,1-2,3)
<i>Total</i>	9,1 (8,2-10,1)	3,0 (2,4-3,7)	2,6 (2,1-3,1)	8,0 (6,8-9,3)	3,2 (2,3-4,4)	1,9 (1,5-2,5)

EPT: posible estrés postraumático; IC95%: intervalo de confianza del 95%; suicidio: intento de suicidio; trastorno: cualquier trastorno en la vida (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos afectivos bipolares —incluido el tipo II—, trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social).

* Estimaciones con $CVE > 33,3\%$, por lo que son imprecisas.

Fuente: autores con base en ENSM 2015 y SERAC.

Discusión

Los resultados de este estudio indican que hay relación entre haber sufrido trastornos del afecto (depresión mayor, distimia, trastorno afectivo bipolar), de ansiedad (trastorno de pánico, ansiedad generalizada y fobia social) en la vida y vivir en zonas de conflicto actual, con mayor riesgo para aquellos con exposición de intensidad alta. Además, al evaluar a la población que ha permanecido en el mismo municipio, es decir los que no han cambiado la exposición al conflicto, se mantiene la misma diferencia de mayor prevalencia de trastornos, aunque tiende a ser más baja si se analiza a toda la población del municipio, por lo que sería útil evaluar estos indicadores según el cambio de residencia.

Aunque estos resultados no son comparables con los de otros estudios, dadas las diferencias metodológicas en el muestreo y que parte de la población estudiada en esta encuesta se encuentra aún en exposición a eventos de guerra; estos datos están en concordancia con una mayor prevalencia de trastornos mentales en personas que estuvieron expuestas a eventos de guerra^{25,26}, con prevalencias de depresión actual del 12,1–47,4%²⁷ en países ubicados en la península de los Balcanes, de un riesgo de depresión más o menos el doble que el de las personas no expuestas (OR = 2,2; IC95%, 1,7-2,9 y OR = 2,4; IC95%, 1,9-2,9)^{25,26}.

Las prevalencias de posible EPT entre los municipios con y sin conflicto no son comparables, dado que las reportadas en los municipios sin conflicto son imprecisas, y la prevalencia no es diferente según la intensidad en los que hay conflicto, aunque la población expuesta sí reporta mayores prevalencias de lo menos 1 evento traumático y eventos traumáticos relacionados con conflicto armado. Un estudio de Sudán del Sur entrevistó a personas con tiempos variables de exposición y de desplazamiento (sin desplazamiento, desplazados internamente o refugiados), y encontró prevalencias de EPT del 36,3%, y las mujeres tenían el doble de riesgo que los varones y las personas que se habían desplazado, más del doble (OR = 1,8)²⁵. En población que había estado expuesta a eventos de guerra

10 años antes en países de los Balcanes, se reportaron prevalencias entre el 10,6 y el 35,4%²⁷, y entre los refugiados hacia Alemania, Reino Unido e Italia, de un 18,9-54,9%, con diferencias significativas entre estos dos estimadores⁷.

Además, puede haber circunstancias psicosociales como, por ejemplo, la cercanía del lugar de origen y similitudes culturales, que hacen diferente la prevalencia de problemas mentales relacionados con la exposición a eventos de guerra en relación con el desplazamiento. Por ejemplo, 10 años después del desplazamiento, la población que reportó haber vivido eventos traumáticos de guerra en Yugoslavia y se desplazó a Alemania y Reino Unido tenía prevalencias más altas (el 67,8 y el 56,6%) que quienes se desplazaron a Italia (42,1%)⁷. Otra consideración es la magnitud de la exposición; en la encuesta realizada en los 5 países ubicados en la península de los Balcanes, la prevalencia de los trastornos mentales es constantemente más baja en Macedonia (menor intensidad del conflicto) que en Kosovo y Serbia (mayor intensidad)²⁷.

No fueron diferentes las prevalencias de consumo problemático de alcohol y consumo de cigarrillo, aunque sí el consumo excesivo de alcohol, en los municipios con conflicto pacificado comparados con los de conflicto interrumpido, además del consumo de marihuana y otras sustancias psicoactivas en los municipios con mayor intensidad del conflicto. Se podría proponer algunas explicaciones para el hallazgo de mayor consumo excesivo de alcohol en municipios con conflicto pacificado. Primero, los actores armados podrían haber ejercido mayor control de la disponibilidad de alcohol y las dinámicas sociales relacionadas con su consumo en los municipios con conflicto más permanente. Segundo, en municipios con conflicto pacificado, la percepción de los riesgos asociados al consumo excesivo podría ser menor, lo cual desestimularía este tipo de consumo. Sin embargo, en nuestro conocimiento, no hay estudios que hayan evaluado la relación entre consumo de alcohol y presencia de conflicto, una relación que podría ser análoga a la de los estudios lo han valorado según el nivel de bienestar de las comunidades a través del estado socioeconómico (SES), que encontraron un nivel de consumo de alcohol similar o mayor en SES alto que

Tabla 4 – Prevalencia de consumo de alcohol y sustancias psicoactivas según la exposición a conflicto en el municipio de residencia y entre las personas que nunca han cambiado de residencia

Variables municipios	Muestra total, % (IC95%)				Sin cambio de municipio de residencia habitual, % (IC95%)					
	Consumo de alcohol		Consumo de sustancias psicoactivas (vida)		Consumo de alcohol		Consumo de sustancias psicoactivas (vida)			
	Riesgo o dependencia	Excesivo	Cigarrillo	Marihuana	Otras	Riesgo o dependencia	Excesivo	Cigarrillo	Marihuana	Otras
Conflicto permanente	11,0 (9,8-12,3)	9,4 (8,1-11)	5,2 (4,4-6,1)	5,2 (4,2-6,4)	3,6 (2,6-4,9)	10,6 (9,1-12,4)	8,8 (7,1-10,9)	4,9 (3,8-6,2)	5,1 (3,8-6,9)	2,9 (2,1-4,1)
Conflicto interrumpido	9,5 (8,3-10,8)	9,3 (8,2-10,6)	5,4 (4,6-6,4)	3,0 (2,4-3,8)	1,3 (0,9-1,9)	9,1 (7,4-11,1)	9,9 (8,3-11,7)	5,7 (4,5-7,1)	2,3 (1,5-3,4)	1,2* (0,6-2,3)
Conflicto pacificado	8,6 (6,1-12)	15,2 (10,9-20,6)	4,8 (2,6-8,9)	2,1* (1-4,6)	0,3* (0,1-1,2)	7,3 (4,3-12)	13,7 (9,2-19,8)	2,5* (1,3-4,7)	0,7* (0,1-5,1)	0
Sin conflicto	12,4 (7,6-19,6)	12,5 (8,1-18,9)	3,5 (1,9-6,5)	1,9* (0,7-5,2)	3,8* (1,7-8,2)	12,6* (6-24,6)	9,5* (4,5-18,8)	3,6* (1,5-8,7)	0,9* (0,1-6)	3,5* (0,8-13,4)
Intensidad										
Alta intensidad	10,5 (9,4-11,7)	9,2 (7,9-10,6)	5,2 (4,5-6)	4,9 (3,9-6)	3,3 (2,5-4,5)	10,0 (8,6-11,7)	8,9 (7,3-10,7)	5,0 (4-6,2)	4,8 (3,5-6,4)	2,6 (1,9-3,7)
Baja intensidad	10,0 (8,8-11,3)	10,8 (9,5-12,2)	5,3 (4,4-6,3)	3,0 (2,4-3,8)	1,3 (0,9-1,9)	9,6 (7,9-11,6)	10,6 (9-12,6)	5,0 (4-6,3)	2,1 (1,4-3,1)	1,2* (0,6-2,2)

IC95%: intervalo de confianza del 95%.

en SES bajo²⁸, donde estas relaciones están mediadas por otros factores culturales, de empleo, etnia y sexo, entre otros, que hay que considerar²⁸⁻³⁰. El alcance y el diseño de este estudio no permiten dar cuenta de esas otras potenciales variables de confusión, pero aparece una relación análoga a la de esos autores. Esto requiere nuevos estudios que puedan comparar otras características de la población y el consumo de alcohol.

Una fortaleza de este estudio es que la muestra de la encuesta tiene representatividad nacional. Igualmente, haber usado instrumentos para la medición de trastornos mentales y de problemas por consumo de alcohol; la clasificación de la exposición a violencia, que tuvo un seguimiento de 12 años, cuando aún hay poblaciones afectadas. Finalmente, evaluar el cambio de municipio de residencia de manera independiente tomándolo como un evento traumático relacionado con la guerra. Una limitación es que la clasificación de la exposición, que es por distribución geográfica, no discrimina la exposición individual a eventos de guerra. Sin embargo, este estudio también muestra que la población que vive en los municipios catalogados como «en conflicto» reportan más eventos traumáticos, aunque se podría estar subestimando los valores, dado que las grandes áreas urbanas están catalogadas como expuestas, y en ellas el riesgo individual de exposición de los sujetos puede ser diferente del que ocurre en las poblaciones pequeñas. Tampoco se estudió a la población que se ha desplazado por problemas relacionados con el conflicto, y es posible que tenga indicadores diferentes que quienes estuvieron expuestos pero no se desplazaron. Finalmente, la modificación de algunos instrumentos limita la comparabilidad con otros estudios.

Estos resultados nacionales son insumo para orientar acciones poblacionales intersectoriales que promuevan la salud mental y permitan fortalecer la resiliencia, las habilidades para la vida y el desarrollo humano. Son los primeros resultados poblacionales de Colombia que se conocen, y por ello se constituyen en un insumo para preparar intervenciones efectivas para la población que ha sufrido los embates del conflicto armado.

Conclusiones

Estos datos indican que la proximidad y la persistencia de eventos de conflicto armado se relacionan con una mayor prevalencia de problemas y trastornos mentales, lo cual lleva a la necesidad de planear intervenciones desde la salud pública que permitan mitigar el daño, tanto en situación de conflicto como tras este. La asociación entre estas variables es compleja y se entrelazan otros aspectos como el tipo de exposición, la intensidad, el tiempo ocurrido, posiblemente haberse desplazado y las características culturales que podrían influir en la adaptación y la capacidad de resiliencia de los individuos.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que los procedimientos seguidos se conformaron a las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y de acuerdo con la Asociación Médica Mundial y la Declaración de Helsinki.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Conflicto de intereses

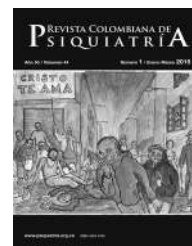
Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Agradecimientos

La encuesta fue financiada por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social, contrato 762-2013.

BIBLIOGRAFÍA

- Nuestros Datos ¿En cuestión? *Cinep Justicia y Paz*. 2004; 28:1-11.
- Caro Peralta EA, Grupo de Memoria Histórica. ¡Basta ya! Colombia: Memorias de guerra y dignidad. *Anu Colomb Hist Soc y la Cult*. 2014 Oct;41:339.
- Franco S. Momento y contexto de la violencia en Colombia. *Rev Cuba Salud Publica*. 2003;29:18-36.
- Ayala Muñoz L. La violencia en Colombia: una aproximación desde la salud mental. *Cuad Hispanoam Psicol*. 2002;2:13-36.
- Ministerio de salud, COLCIENCIAS. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. 2015. 384 p.
- Fazel M, Wheeler J, Danesh J. Prevalence of serious mental disorder in 7000 refugees resettled in western countries: a systematic review. *Lancet (London, England)*. 2005 Apr;365:1309-14.
- Bogic M, Njoku A, Priebe S. Long-term mental health of war-refugees: a systematic literature review. *BMC Int Health Hum Rights*. 2015 Oct;15.
- Alejo E, Rueda G, Ortega M, Orozco C. Estudio epidemiológico del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por la violencia política en Colombia. *Univ Psychol*. 2007;6:623-35.
- Echenique C, Medina LM, Medina A-R, Ramírez A. Prevalencia del trastorno por estrés postraumático en población desplazada por violencia, en proceso de reestablecimiento en Sincelejo. *Psicol desde el Caribe*. 2011 Apr;0.
- Sinisterra M, Figueroa S, Moreno V, Robayo M, Sanguino F. Prevalencia del trastorno de estrés post traumático en población en situación de desplazamiento en la localidad de Ciudad Bolívar Bogotá. Colombia 2007. *Psychol Av la Discip*. 2010 Jul;4:83-97.
- 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;62:617-27.
- Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS CN de I en E y T en SC. 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
- Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND. Metodologías Oficiales y Arreglos Institucionales para la Medición de la Pobreza en Colombia. 2012.
- Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional Poverty in Colombia, 1997-2010. 2013.
- OPS O. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Organización Mundial de la Salud; 2011. Available from: <http://www.eutimia.com/ops/>
- Veterans Affairs UD. PTSD CheckList – Civilian Version (PCL-C). 1994.
- Brewin CR. Systematic review of screening instruments for adults at risk of PTSD. *J Trauma Stress*. 2005 Feb;18:53-62.
- MSPS, Colciencias, Universidad J. Protocolo de investigación de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. 2014.
- Restrepo J, Spagat M, Vargas J. The Dynamics of the Colombian Civil Conflict: A New Data Set. Vol. 21, *Homo Oeconomicus*. 2004. 396-428 p.
- Restrepo JA. Special Data Feature; The Severity of the Colombian Conflict: Cross-Country Datasets Versus New Micro-Data. *J Peace Res*. 2006 Jan;43:99-115.
- CERAC. Tipología de los municipios de Colombia según el conflicto armado interno. 2004.
- Kolenikov S. Resampling variance estimation for complex survey data. *Stata Journal*. 2010;10:165-99.
- JNK R, CFJ W. Journal of the American Statistical Association. Resampling inference with complex Surv data. 1988;83:231-41.
- 5.0 Data accuracy and quality.
- Roberts B, Damundu EY, Lomoro O, Sondorp E. Post-conflict mental health needs: a cross-sectional survey of trauma, depression and associated factors in Juba, Southern Sudan. *BMC Psychiatry*. 2009;9:7.
- Steel Z, Chey T, Silove D, Marnane C, Bryant RA, van Ommeren M. Association of Torture and Other Potentially Traumatic Events With Mental Health Outcomes Among Populations Exposed to Mass Conflict and Displacement. *JAMA*. 2009 Aug;302:537.
- Priebe S, Bogic M, Ajdukovic D, Franciskovic T, Galeazzi GM, Kucukalic A, et al. Mental disorders following war in the Balkans: a study in 5 countries. *Arch Gen Psychiatry*. 2010 May;67:518-28.
- Collins SE. Associations Between Socioeconomic Factors and Alcohol Outcomes. *Alcohol Res*. 2016;38:83-94.
- Bryden A, Roberts B, Petticrew M, McKee M. A systematic review of the influence of community level social factors on alcohol use. *Health Place*. 2013 May;21:70-85.
- Karriker-Jaffe KJ, Zemore SE, Mulia N, Jones-Webb R, Bond J, Greenfield TK. Neighborhood disadvantage and adult alcohol outcomes: differential risk by race and gender. *J Stud Alcohol Drugs*. 2012 Nov;73:865-73.



Instrucciones para los autores

OBJETIVOS

La *Revista Colombiana de Psiquiatría* (RCP) es una publicación oficial de la Asociación Colombiana de Psiquiatría, de carácter trimestral (marzo, junio, septiembre y diciembre) y su finalidad es difundir los distintos modelos de conocimiento que actualmente configuran el cuerpo teórico y práctico de nuestra especialidad. En ésta pueden participar psiquiatras, residentes de psiquiatría, médicos no psiquiatras, psicólogos, filósofos y otros profesionales de la salud o interesados en esta área. Publica, en español o en inglés, trabajos originales, artículos de revisión o de actualización, reportes de caso de todas las áreas de la psiquiatría y la salud mental, artículos de epistemología, filosofía de la mente y bioética y artículos sobre metodología de investigación y lectura crítica.

CONTENIDO Y FORMA DE PRESENTACIÓN

Idioma. Se publicarán artículos en español o en inglés.

Editorial. El editorial es un comentario crítico, hecho con profundidad y preparado por el director, los editores asociados o personas con gran experiencia del tema tratado.

Presentación del número. La presentación del número es un comentario escrito por el(los) editor(es) asociado(s) o editores invitados para que presenten los temas principales tratados en el número.

Artículos originales. Los artículos originales presentan resultados inéditos de investigación cuantitativa o cualitativa; contienen toda la información relevante para que el lector que lo desee pueda repetir el trabajo, así como evaluar sus resultados y conclusiones. Estos artículos deben tener resumen en español e inglés cada uno hasta de 1.500 caracteres, introducción, materiales y métodos (cuando sea pertinente se informará tipo de diseño, lugar dónde se realizó, participantes, desenlaces principales e intervención), resultados, discusión, conclusiones, agradecimientos (si se requiere) y referencias. Extensión máxima: 7.500 palabras. Los artículos pueden contener hasta 5.000 palabras sin tener en cuenta las referencias, las tablas y las figuras. El total de tablas y figuras no debe exceder de 6. En este tipo de artículos es fundamental aclarar cuáles fueron las consideraciones éticas y si el estudio y el consentimiento informado (cuando sea necesario)

fueron presentados y aprobados por el Comité de Ética de la Institución.

Artículos de revisión. Los artículos de revisión son enviados a la RCP o solicitados por el director o los editores asociados a especialistas del área y tratan a fondo un determinado tema, esto es, con amplia bibliografía, análisis y comentarios acerca de trabajos de otros autores.

Estos artículos deben tener un resumen en español e inglés cada uno hasta de 1.500 caracteres, planteamiento del problema o introducción, desarrollo del tema, discusión, conclusiones y referencias. Extensión máxima: 6.000 palabras. Los artículos pueden contener hasta 4.000 palabras sin tener en cuenta las referencias, las tablas y las figuras. El total de tablas y figuras no debe exceder de 5.

Artículos de actualización. El artículo de actualización está destinado a poner al día la información sobre temas relevantes en psiquiatría y salud mental. Son menos completos que los artículos de revisión y se enfocan en los últimos hallazgos. Estos artículos deben tener resumen en español e inglés, cada uno hasta de 1.500 caracteres, planteamiento del problema o introducción, actualización del tema, discusión, conclusiones y referencias. Extensión máxima: 4.500 palabras. Los artículos pueden contener hasta 3.000 palabras sin tener en cuenta las referencias, las tablas y las figuras. El total de tablas y figuras no debe exceder de 4.

Reporte de caso. El reporte de caso es la presentación de la experiencia profesional basada en el estudio de casos particulares que revistan interés para el profesional y en el cual se discuta el tema y las posibles aproximaciones futuras. En general, los reportes de caso sugieren nuevas aproximaciones terapéuticas e hipótesis. Estos artículos deben tener, como mínimo, resumen en español e inglés (hasta de 1.500 caracteres), introducción, presentación del caso, breve revisión del tema, discusión, conclusiones y referencias. Extensión máxima: 2.400 palabras. Deben contener hasta 1.200 palabras, pero se exceptúan las referencias, las tablas y las figuras. Es necesario escribir un párrafo con consideraciones éticas y con las precauciones que se tuvieron para proteger la confidencialidad del(a) paciente.

Sección de Epistemología, filosofía de la mente y bioética. Con el fin de suscitar controversia y grupos de discusión, esta sección presenta, de manera educativa y crítica, artículos sobre

los temas referidos. Éstos deben tener máximo 4.500 palabras de extensión.

Sección de Metodología de investigación y lectura crítica. Esta sección presenta, de una manera educativa y crítica, artículos sobre los temas referidos e ideas sobre protocolos de investigación, que susciten controversia y grupos de discusión. Los artículos deben tener máximo 3.600 palabras de extensión.

Agenda. La «Agenda» divulga eventos o hechos de contenido de interés para el área, actividades de la Asociación Colombiana de Psiquiatría o de otras asociaciones.

CÓMO ENVIAR MATERIAL A LA RCP

Modo de envío, requerimientos y forma de evaluación. Los autores enviarán sus trabajos por vía electrónica, a través del Elsevier Editorial System (EES), en la dirección: <http://ees.elsevier.com/rcp>, donde se encuentra toda la información necesaria para realizar el envío. La utilización de este recurso permite seguir el estado del manuscrito en el proceso editorial directamente a través de esta página web.

El texto del manuscrito (salvo la página del título), el resumen y las palabras clave, las referencias, las tablas y sus leyendas, y los pies de figuras se incluirán en un único fichero. El manuscrito debe acompañarse de una carta de presentación redactada en la sección *attach files* del EES. La página del título y cada una de las figuras, si las hubiera, se enviarán en ficheros separados. Todos estos documentos se grabarán en la sección *attach files* del EES.

Consulte las instrucciones generales de uso del EES en su tutorial para autores: http://elsevier6.custhelp.com/app/answers/detail/p/7923/a_id/732.

Los manuscritos deben ajustarse a los *Requisitos uniformes para los manuscritos enviados a revistas biomédicas*, del Grupo de Vancouver (1997).

Todas las contribuciones serán evaluadas por dos revisores anónimos del Comité Editorial, que determinarán la calidad científica del material, la originalidad, la validez, la importancia del trabajo y la adaptación a las normas de publicación de la RCP.

Dicho Comité comunicará su aceptación provisional o su no aceptación para publicación, así como las posibles modificaciones sugeridas en un plazo máximo de tres meses a partir de su recepción. La redacción se reserva el derecho de suprimir ilustraciones y alterar el texto sin que ello modifique el contenido. Cada uno de los autores principales recibirá tres ejemplares de la Revista.

Carta de presentación. El artículo debe ir acompañado de una carta firmada por el autor principal y por los demás autores, en la cual se manifieste la revisión y aprobación del material por todos ellos. La carta debe especificar si el material ha sido o no publicado en otros lugares, así como el nombre, la dirección, el teléfono y el correo electrónico de la persona a la cual se debe dirigir la correspondencia.

En caso de haber sido parcialmente o totalmente publicado en otro medio se requiere la aprobación, por escrito de los editores, para ser publicado en la RCP. Los conceptos de los trabajos son de total responsabilidad de los autores. Ni la Asociación Colombiana de Psiquiatría ni la *Revista Colombiana de Psiquiatría* se responsabilizan por tales conceptos emitidos. Una vez aceptado para publicación, el artículo admitido es de propiedad de la ACP y su reproducción física o por medios digitales deberá ser convenientemente autorizada por el director, por los editores asociados de la RCP y por el coordinador de publicaciones de la ACP.

Antes de la publicación, los autores deben informar si hay una relación (filiación, financiación) entre ellos y alguna institución pública o privada, que pudiera derivar en conflictos de intereses. Los autores aceptan la responsabilidad definida por el Comité Internacional de Editores de Revistas Médicas (*N Engl J Med.* 1997;336(4):309-15) y las recomendaciones sobre investigación clínica.

Cuando se informe sobre experimentos en humanos es indispensable tener la aprobación del comité de ética de la institución donde se realizó el estudio y el desarrollo de éste debe seguir los lineamientos expuestos por la Declaración de Helsinki de 1964 y sus posteriores enmiendas, que se pueden encontrar en <http://www.wma.net/s/ethicsunit/helsinki.htm>.

En los artículos originales y reportes de caso no se deben mencionar los nombres de los pacientes, ni sus iniciales, ni los números de historia clínica, ni cualquier dato que permita su identificación. Los experimentos clínicos deben estar registrados en alguna base pública para ello (Clinical Trials: <http://www.clinicaltrials.gov>; International Clinical Trials Registry Platform [ICTRP]: <http://www.who.int/ictrp/en/LatinRec>). Finalmente, en caso de estudios con animales, se deben añadir las consideraciones sobre investigación en éstos (si existe o no comité de investigación en animales, los cuidados que se tuvieron con estos, etc.).

Preparación del manuscrito. Los artículos deben ser mecanografiados en espacio doble (esto incluye tablas de referencias), con márgenes (laterales, superiores e inferiores) de mínimo 2,5 cm en todas las páginas. Todas deben estar numeradas.

En la primera página debe aparecer: (a) título; (b) nombres y apellidos de los autores con sus grados académicos más importantes y su afiliación institucional acompañada de la respectiva dirección (los nombres serán publicados en el orden y manera que fueron enviados); (c) indicación del autor responsable de la correspondencia; (d) un título abreviado (título) que no exceda los cuarenta caracteres; (e) si el artículo recibió ayuda o auxilio de alguna agencia de financiación; (f) si el artículo se basa en una tesis académica, se debe indicar el título, el año y la institución donde fue presentado; (g) si el trabajo fue presentado en reunión científica, se debe indicar el nombre del evento, el lugar y la fecha, y (h) si alguno de los autores tiene conflicto de interés en el tema expuesto en el artículo por ser ponente o *speaker* del laboratorio, trabaja como asesor, consultor o comité de algún laboratorio.

La segunda página debe presentar un resumen (en español y en inglés) estructurado, con una extensión no superior a 1.500 caracteres y con una lista de máximo cinco palabras

clave (en español y en inglés). Éstas últimas deben corresponder a las propuestas en la lista de los Descriptores en Ciencias de las Salud (DeCS), de BIREME (disponible en <http://decs.bvs.br/E/homepagee.htm>) y a las *keywords* indexadas en el Medical Subject Headings (MeSH) del Index Medicus (disponible en <http://www.nlm.nih.gov/mesh/>). El resumen indicará los objetivos del trabajo, los procedimientos básicos utilizados (métodos), los resultados principales (aquí se presentan datos específicos y su significación estadística, si es el caso) y las conclusiones principales.

Las tablas y las figuras (gráficas, fotografías, dibujos o esquemas) deben aclarar o aportar al texto, no duplicar el contenido. En términos generales, se recomienda un máximo de seis. Cada una debe tener un título en la parte superior y si es el caso anotaciones en la parte inferior. Deben clasificarse (números arábigos) de acuerdo con el orden de aparición en el texto y sitio de inclusión. Algunas requieren permiso del editor y el crédito respectivo a la publicación original. Estas tablas y figuras deben ser enviadas en archivos y hojas independientes.

Las referencias en el texto, en subtítulos y en figuras deben ser enumeradas consecutivamente en el orden en que aparecen en el texto. Se utilizarán para ello números arábigos (números índices) dentro de paréntesis.

Respecto a las abreviaturas, serán indicadas en el texto en el momento de su primera utilización. Posteriormente se seguirá utilizando únicamente la abreviatura.

Los agradecimientos deben ser concisos, directos y dirigidos a personas o instituciones que contribuyen sustancialmente al artículo. Deben ir antes de las referencias bibliográficas.

Las referencias bibliográficas se insertan en el texto y se numeran consecutivamente siguiendo el orden en que se mencionan por primera vez. El estilo y la puntuación de las referencias sigue el formato que recomienda *Requisitos uniformes*, citados anteriormente. Las abreviaturas de las revistas deben estar conformes con el estilo utilizado en el *Index Medicus*.

Aun cuando todo depende del artículo en general, se aconseja la inclusión de hasta cuarenta referencias bibliográficas para artículos originales, sesenta para artículos de revisión, cuarenta para artículos de actualización, quince para reportes de caso y doce para las secciones de «Epistemología, filosofía de la mente y bioética», «Metodología de investigación y lectura crítica».

La exactitud de las referencias bibliográficas es de responsabilidad de los autores. La lista de las referencias debe seguir el modelo de los ejemplos citados a continuación:

1. Artículos de publicaciones periódicas (un autor): Streiner DL. Thinking small: research designs appropriate for clinical practice. *Can J Psychiatr.* 1998;43(7):737-41.
2. Artículos de publicaciones periódicas (dos a seis autores): enumere todos los autores: Vega KJ, Pina I, Krevsky B. Heart

transplantation is associated with an increased risk for pancreatobiliary disease. *Ann Inter Med.* 1996;124:980-3.

3. Artículos de publicaciones periódicas (más de seis autores): enumere los primeros seis autores seguido por et al. Ramos A, Fraga S, Krieger M, Jardim S, Curi R, Ferreira F, et al. Aspectos psiquiátricos da intoxicacao ocupacional pelo mercúrio metálico: relato de un caso clínico. *Rev Bras Psiquiatr.* 1998;20:200-6.
4. Artículos sin nombre del autor: Cancer in South Africa (editorial). *S Afr Med J.* 1994;84:15.
5. Libros: Reichel-Dolmatoff G, Desana P. Simbolismo en los indios tukano del Vaupés. 2 ed. Bogotá (Colombia): Nueva Biblioteca Colombiana de Cultura; 1986.
6. Capítulos del libro: Kessler HH. Concepto de rehabilitación. En: González R. *Rehabilitación Médica.* Barcelona (España): Masson S. A.; 1997. p. 1-5.
7. Libros en que los editores son autores Norman IJ, Redfern SJ, editors. *Mental health care for elderly people.* New York: Churchill Livingstone; 1996.

Otros tipos de referencia deberán seguir las indicaciones dadas en el documento del International Committee of Medical Journal Editors (Grupo de Vancouver), disponible en internet en <http://www.icmje.org>.

El autor debe enviar los datos de correspondencia: la dirección de su oficina o consultorio y la dirección electrónica. Si son varios autores, sólo es necesario enviar los datos de uno de ellos.

Anualmente la RCP ofrece a los autores, como estímulo a su participación, los premios (mención de honor y reconocimiento en dinero o especie) Héctor Ortega Arbeláez, al mejor artículo publicado por un profesional en el área de la salud, y Humberto Rosselli Quijano, al mejor artículo publicado por un residente de psiquiatría y el premio al mejor artículo no original. El jurado calificador está integrado por un miembro del Comité Científico de la ACP, un miembro del Comité Editorial y el director de la Revista o su delegado. Estos premios serán entregados en el marco del Congreso de nuestra asociación.

El director y el Comité Editorial de la RCP invitan a los colegas y otros profesionales a participar y permitir así el desarrollo y crecimiento de la Revista.

Consideraciones éticas. Las opiniones expresadas en los artículos firmados son de los autores y no coinciden necesariamente con las de los editores de la Revista Colombiana de Psiquiatría. Las sugerencias diagnósticas o terapéuticas, como elección de productos, dosificación y método de empleo, corresponden a la experiencia y al criterio de los autores. Todos los textos incluidos en la Revista Colombiana de Psiquiatría están protegidos por derechos de autor. Conforme a la ley, está prohibida su reproducción por cualquier medio mecánico o electrónico, sin permiso escrito del autor.

