

## **Carátula**

### **2 LOGOS EN LA CARÁTULA. logotipo del Ministerio, primero a la izquierda. Logotipo del contratista FES a la derecha**

Tipografía nombre Ministerio: Arial Narrow . El tono de verde que se utiliza para la imagen institucional del MPS es RGB 51-153-0. Pantone esmaltado 370C – Mate 396U.

Separación de colores cian 67 % Magenta 20% Amarillo 93%

**MINISTERIO DE LA PROTECCIÓN SOCIAL**  
**República de Colombia**

**FUNDACIÓN FES-SOCIAL**

# **ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL** **COLOMBIA 2003**

Muestra Logotipo MPS



**Ministerio de la Protección Social**  
República de Colombia

**Fundación FES Social**

Logo de FES  
Social

Carátula interna

# **ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL COLOMBIA 2003**

---

Revés de carátula interna

Justificado a la izquierda y en la parte inferior de la página:

Ministerio de la Protección Social  
ESTUDIO NACIONAL DE SALUD MENTAL, COLOMBIA 2003  
Editado por Ministerio de la Protección Social – Fundación FES Social / 2005  
Impreso por Graficas Ltda., Cali, diciembre de 2005

® Reservados todos los derechos de autor. El Ministerio de la Protección Social autoriza la reproducción total o parcial, siempre y cuando se mantenga la integridad del texto, se cite la fuente y no tenga fines comerciales.

## CREDITOS INSTITUCIONALES DEL MINISTERIO

Logo MPS 35\*28 mm



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

### ESTUDIO NACIONAL DE SALUD DE SALUD MENTAL, COLOMBIA 2003

DIEGO PALACIO BETANCOURT  
Ministro de la Protección Social <sup>(1)</sup>

EDUARDO JOSE ALVARADO SANTANDER  
Viceministro de Salud y Bienestar <sup>(2)</sup>

JORGE LEON SANCHEZ MESA  
Viceministro de Relaciones Laborales <sup>(3)</sup>

RAMIRO GUERRERO CARVAJAL  
Viceministro Técnico <sup>(4)</sup>

ALFREDO BERNARDO POSADA VIANA  
Secretario General <sup>(5)(6)</sup>

LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ  
Director General de Salud Pública <sup>(7)</sup>

<sup>(1)</sup> Juan Luis Londoño de la Cuesta, Ministro de Salud (2003)

<sup>(2)</sup> Juan Gonzalo López Casas, Viceministro de Salud y Bienestar (Agosto 2002 a febrero 2004)

<sup>(3)</sup> Luz Stella Arango de Buitrago, Viceministra de Relaciones Laborales (Agosto 2003 a enero 2005)

<sup>(4)</sup> Jairo Augusto Núñez Mendez, Viceministro Técnico (Marzo de 2002 a mayo 2004)

<sup>(5)</sup> José Vicente Casas, Secretario General (2003)

<sup>(6)</sup> Luis Manuel Neira Nuñez, Secretario General (2003-2005)

<sup>(7)</sup> Ana Cristina González Vélez, Directora General de Salud Pública (Octubre 2002 a noviembre 2004)



Ministerio de la Protección Social  
República de Colombia

## **ESTUDIO NACIONAL DE SALUD DE SALUD MENTAL, COLOMBIA 2003**

### **COMITÉ TECNICO**

**EDUARDO JOSE ALVARADO SANTANDER**  
Viceministro de Salud y Bienestar, Ministerio de al Protección Social  
**JUAN GONZALO LOPEZ CASAS**  
Viceministro de Salud y Bienestar (2002-2004)

**LENIS ENRIQUE URQUIJO VELASQUEZ**  
Director General de Salud Pública, Ministerio de la Protección Social  
**ANA CRISTINA GONZALEZ VELEZ**  
Directora General de Salud Pública (2002-2004)

**ESPERANZA GIRALDO MUÑOZ**  
Directora General de Financiamiento, Ministerio de la Protección Social

**PAOLA ROXANA CAICEDO GIGLIOLI**  
Oficina de Comunicaciones, Ministerio de la Protección Social

**NELCY PAREDES CUBILLOS**  
Representante del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud

**LUIS CARLOS GOMEZ SERRANO**  
Director Encuesta de Salud Mental

**LUIS FERNANDO GOMEZ GUTIERREZ**  
Fundación FES Social

**MARÍA CRISTINA AITKEN DE TABORDA**  
Asesora Externa OPS/OMS

### **INTERVENTORIA**

**VÍCTOR HUGO ALVAREZ CASTAÑO**  
Interventor, Ministerio de la Protección Social

## CREDITOS INSTITUCIONALES DEL CONTRATISTA

Logo de FES 35\*28 mm

Fundación FES Social

### ESTUDIO NACIONAL DE SALUD DE SALUD MENTAL, COLOMBIA 2003

Marco Antonio Cruz, Director Ejecutivo FES Social  
Mauricio Serra Tamayo, Director Área de Salud FES Social

#### **Director de la Encuesta**

Luis Carlos Gómez Serrano. Estadístico -Muestrista, Sociólogo, MA

#### **Investigadores**

José Posada Villa. MD, Psiquiatra, Investigador principal  
Luís Fernando Gómez Gutiérrez. MD, Master en Salud Pública, co-investigador  
Luis Carlos Gómez Serrano. Estadístico-Muestrista, Sociólogo, MA, co-investigador

#### **Equipo técnico asociado**

Olga Lucía Gómez Gutiérrez. MD, Master en Salud Pública  
Wilson Rodríguez. Estadístico, Demógrafo, Coordinador Operativo  
José Moreno. Estadístico  
Berta Lucia Carolina Trevisi. Psicóloga, Supervisora Nacional  
Yolvi Lena Padilla. Psicóloga, Supervisora Nacional  
Francisco Muñoz. Ingeniero de Sistemas  
Helman Ricardo Valencia. Ingeniero de Sistemas, Asistente  
Gloria Marcela Rodríguez, Médica Psiquiatra  
John Jairo Romero, Matemático Estadístico

## **AGRADECIMIENTOS**

Un conjunto de organizaciones, profesionales, académicos e investigadores participaron en distintos momentos y formas en el desarrollo de este trabajo, a todos ellos queremos expresar nuestro agradecimiento.

Este documento está basado en los datos y experiencia obtenida durante la participación en la Encuesta Mundial de Salud Mental, iniciativa liderada por la Organización Mundial de la Salud, en consorcio con la Universidad de Harvard y, ejecutada en Colombia por la Fundación FES-Social.

Un reconocimiento especial a Juan Luís Londoño de la Cuesta, uno de los precursores de esta iniciativa.

## CONTENIDO

<b>RESUMEN</b> .....	<b>9</b>
<b>PRESENTACION</b> .....	<b>10</b>
<b>1. INTRODUCCIÓN</b> .....	<b>11</b>
<b>2. OBJETIVOS</b> .....	<b>13</b>
<b>3. METODOLOGÍA</b> .....	<b>13</b>
<i>Tipo de estudio</i> .....	13
<i>Población y muestra</i> .....	13
<i>Instrumento de recolección de información</i> .....	14
<i>Grupo de trabajo</i> .....	15
<i>Entrenamiento del equipo de trabajo de campo</i> .....	15
<i>Recolección y manejo de la información</i> .....	15
<i>Análisis de la información</i> .....	16
<b>4. RESULTADOS</b> .....	<b>18</b>
4.1. RESULTADOS DESCRIPTIVOS.....	18
<i>Características sociodemográficas</i> .....	18
<i>Prevalencia de vida, doce meses y treinta días de trastornos mentales</i> .....	19
<i>Edad de aparición de los trastornos mentales</i> .....	22
<i>Prevalencia de trastornos mentales según regiones del país</i> .....	25
<i>Prevalencia de trastornos mentales según nivel de escolaridad</i> .....	26
<i>Prevalencia de trastornos mentales según estado civil</i> .....	27
<i>Prevalencia de trastornos mentales según condición laboral</i> .....	29
<i>Prevalencia de trastornos mentales según régimen de seguridad social en salud</i> .....	30
<i>Frecuencia de uso de servicios de salud por trastornos mentales</i> .....	31
<i>Prevalencias de ideación, plan e intentos de suicidio</i> .....	32
<i>Prevalencia de abuso y dependencia de sustancias</i> .....	33
4.2. FACTORES CORRELACIONADOS A TRASTORNOS MENTALES.....	35
<i>Trastornos del estado de animo</i> .....	35
<i>Trastornos de ansiedad</i> .....	40
<i>Trastornos de ansiedad</i> .....	41
<i>Abuso de alcohol</i> .....	47
<b>5. DISCUSIÓN</b> .....	<b>53</b>
<b>6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS</b> .....	<b>57</b>

## ÍNDICE DE TABLAS Y GRAFICOS

TABLA 1. CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE LOS PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	18
TABLA 2. PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN SEXO.....	20
TABLA 3. PREVALENCIA DE 12 MESES DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN SEXO.....	21
TABLA 4. PREVALENCIA DE 30 DÍAS DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN SEXO.....	22
TABLA 5. PREVALENCIAS DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN REGIONES.....	25
TABLA 6. PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN NIVEL DE ESCOLARIDAD.....	26
TABLA 7. PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN ESTADO CIVIL.....	28
TABLA 8. PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN CONDICIÓN LABORAL.....	29
TABLA 9. PREVALENCIA DE VIDA DE TRASTORNOS MENTALES SEGÚN RÉGIMEN AFILIACIÓN AL SGSSS.....	30
TABLA 10. FRECUENCIAS DE USO DE SERVICIOS DE SALUD POR TRASTORNOS MENTALES.....	31
TABLA 11. PREVALENCIA DE COMPORTAMIENTOS SUICIDAS POR SEXO.....	32
TABLA 12. PREVALENCIA DE COMPORTAMIENTOS SUICIDAS SEGÚN EDAD.....	32
TABLA 13. PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS SEGÚN EDAD.....	33
TABLA 14. PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN HOMBRES SEGÚN EDAD.....	34
TABLA 15. PREVALENCIA DE ABUSO Y DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS EN MUJERES SEGÚN EDAD.....	34
TABLA 16. PREVALENCIAS DE USO DE SUSTANCIAS POR SEXO.....	34
TABLA 17. PREVALENCIAS DE USO DE SUSTANCIAS SEGÚN EDAD.....	34

**ATENCIÓN ES NECESARIO INCLUIR LAS TABLAS DESDE EL Nº 18  
HASTA LA Nº 29, LAS CUALES NO QUEDARON MARCADAS POR  
ESTAR INCLUIDA EN LA IMAGEN**

GRÁFICO 1. EDAD DE APARICIÓN DE TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO.....	23
GRÁFICO 2. EDAD DE APARICIÓN DE TRASTORNOS DE ANSIEDAD.....	23
GRÁFICO 3. EDAD DE APARICIÓN DE TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS.....	24
GRÁFICO 4. EDAD DE APARICIÓN DE OTROS TRASTORNOS.....	24



## RESUMEN

El Ministerio de la Protección Social, con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES –Social, durante los años 2003-2004 desarrolló el Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003.

Para el desarrollo de dicho estudio, el instrumento utilizado fue la Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta (Composite Internacional Diagnostic Interview), en su versión computarizada (CIDI-CAPI, versión certificada 15), suministrada por la Universidad de Harvard.

La CIDI CAPI es una entrevista diagnóstica estructurada instalada en un computador portátil y aplicada en una entrevista cara a cara por entrevistadores legos. Esta proporciona diagnósticos de alguna vez en la vida, durante los últimos doce meses y durante los últimos treinta días, según los criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV (DSM-IV) y de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) para 17 diagnósticos principales y 6 diagnósticos secundarios.

En este documento se presentan los diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV. El instrumento contiene, además, módulos que investigan características sociodemográficas, empleo, finanzas, factores del matrimonio y los hijos, redes sociales, carga familiar, condiciones médicas crónicas, fármaco epidemiología, discapacidad y uso de servicios.

En este marco, en Colombia se llevó a cabo un estudio de prevalencia en una muestra probabilística de 4.544 adultos entre los 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos de 60 municipios de 25 departamentos del país.

Los resultados de la encuesta muestran que alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 14 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los del estado de ánimo (15%) y los de uso de sustancias (10.6%).

Por regiones se encontró que la prevalencia de cualquier trastorno “alguna vez en la vida”, la región Bogotá, D.C es la que presenta la prevalencia más elevada: 46.7% en contraste con 40.1% que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país. Además, sólo una de cada 10 personas con un trastorno mental recibió atención psiquiátrica. El grupo clasificado como Otros trastornos (ver cuadros) son los diagnósticos que generaron más uso de servicios psiquiátricos (4.2%).

La prevalencia de vida de trastornos por uso de sustancias es de 10.6% en el país. El abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para abuso de esta sustancia es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada, si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres.

## **PRESENTACION**

Una de las prioridades de salud pública definidas en el Plan Estratégico de Salud 2002-2006, tiene que ver con el análisis de la carga de los trastornos mentales y el desarrollo de una política nacional de salud mental que permita al Estado y a la sociedad dar respuesta al complejo perfil de salud mental de la población colombiana.

Es por eso que el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenio de cooperación N° 176 de 2002 con la Fundación FES Social, coordinó la realización del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003.

En este documento se exponen los resultados del Estudio ejecutado con el propósito de contar con un conocimiento actualizado sobre la situación de salud mental en el país. Se presentan los aspectos metodológicos que orientaron el desarrollo de la encuesta, los resultados descriptivos y analíticos de la encuesta en la que participaron 4.544 adultos entre los 18 y 65 años y las conclusiones.

Se resalta que este documento es un resumen del informe final presentado por la Fundación FES-Social al Ministerio de la Protección Social, en el que se ha tratado de privilegiar la exposición de aspectos de interés general. Por lo tanto, algunos asuntos técnicos como los referidos al muestreo, las características del instrumento usado en la encuesta, entre otros, no son ampliamente descritos.

Finalmente, con el presente documento se pretende disponer de una línea de base para el análisis, seguimiento y la evaluación de las acciones que siguen en desarrollo e implementación de una política de salud mental en Colombia, esperando generar una dinámica de participación amplia que comienza con esta publicación.

## 1. INTRODUCCIÓN

La salud mental se relaciona con emociones, pensamientos y comportamientos. Una persona con buena salud mental es generalmente capaz de manejar los eventos y obstáculos de la vida diaria, trabajar para alcanzar metas importantes y funcionar de manera efectiva en la sociedad. Sin embargo, aún pequeños problemas de salud mental pueden afectar las actividades cotidianas, en una medida tal, que los individuos no pueden funcionar como quisieran o como se espera dentro de la familia y la comunidad.

En el mundo, aproximadamente 450 millones de personas padecen de un trastorno mental o del comportamiento, pero sólo una pequeña minoría recibe el tratamiento más elemental. En los países en vías de desarrollo, a la mayoría de las personas con enfermedades psiquiátricas graves se les deja que afronten como puedan sus cargas personales, como la depresión, la demencia, la esquizofrenia y la dependencia a drogas, a muchas de ellas su enfermedad las convierte en víctimas y en sujetos de estigmatización y discriminación.

En los años 1990 y 2000, la Organización Mundial de la Salud realizó los estudios mundiales de carga de la enfermedad (Global Burden of Disease – GBD). En el GBD 1990, se estimó que los trastornos mentales y neurológicos eran responsables del 10,5% del total de años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) perdidos por todas las enfermedades y lesiones; para el año 2000, esta cifra se estimó en un 12.3%. Entre las 20 causas principales de AVAD para todas las edades figuran tres trastornos psiquiátricos: los trastornos depresivos unipolares, las lesiones autoinfligidas y los trastornos por consumo de alcohol; y para el grupo de 15 y 44 años de edad, se ubican 6 de los trastornos psiquiátricos: los trastornos depresivos unipolares, los trastornos por consumo de alcohol, las lesiones autoinfligidas, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar y el trastorno de angustia.

Si se considera únicamente el componente de discapacidad de la carga, las estimaciones del GBD 2000 muestran que las enfermedades mentales y neurológicas son responsables del 30.8% de todos los años de buena salud perdidos por discapacidad. En concreto, la depresión causa la mayor proporción de discapacidad: casi el 12% del total. Entre las primeras causas de discapacidad en el mundo figuran seis enfermedades neuropsiquiátricas: el trastorno depresivo unipolar, los trastornos por consumo de alcohol, la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar, la enfermedad de Alzheimer y otras demencias, y la migraña.

La discapacidad por trastornos mentales y neurológicos es elevada en todas las regiones del mundo. Sin embargo, como proporción del total es comparativamente menor en los países en vías de desarrollo debido a la gran carga de enfermedad generada por las enfermedades transmisibles, maternas, perinatales y nutricionales, en estas regiones. Aún así, los trastornos neuropsiquiátricos son responsables del 17.6% del total de Años de Vida Perdidos por Discapacidad en África.

Los trastornos mentales se configuran como un problema de salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan.

Dada la importancia de la salud mental en el bienestar general de la población, la Organización Mundial de la Salud ha indicado la importancia de garantizar la salud mental de los individuos y los grupos humanos. La predominancia de los aspectos físicos relacionados con la salud muestra la poca valoración que aún tiene la salud mental. Sin embargo, el crecimiento de los problemas sociales y el envejecimiento de la población indican que la salud mental se tornará un tema de gran atención. En tal sentido, dada la situación nacional, el Ministerio de la Protección Social, incluyó la salud mental como una de las áreas prioritarias de salud pública en el país.

El gobierno nacional ha reconocido que existe una serie de falencias alrededor del área de salud mental: no hay una adecuada investigación en esta área y falta información sobre la prevalencia de trastornos mentales. En el 2002, el Ministerio de Salud (ahora Ministerio de Protección Social) vio la necesidad y pertinencia de realizar un estudio nacional de salud mental para cubrir estas necesidades.

Por tal motivo, se unió a la iniciativa llamada Encuesta Mundial sobre Salud Mental (EMSM), liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Universidad de Harvard, con el fin de determinar cuales son las necesidades de la población y sentar bases que permitan evaluar después el alcance de las intervenciones. Entre los objetivos más importantes de esta iniciativa, están: 1) Estimar la proporción de personas que sufren enfermedades mentales respecto de la población general (prevalencia) y las discapacidades derivadas de ellas, 2) Estimar la prevalencia de los trastornos del comportamiento, uso de sustancias psicoactivas y su asociación entre sí y con los trastornos mentales, 3) Estudiar la historia natural de los trastornos mentales: la edad en la que es más frecuente su aparición, el tiempo que ocurre entre el momento en que se busca ayuda, los caminos que siguen en la búsqueda de tratamiento y el número de recaídas, el tiempo en el que se da la recuperación y la magnitud de la misma, 4) Determinar los factores protectores y de riesgo asociados con las enfermedades mentales y esclarecer las barreras que impiden la utilización de los servicios de salud.

Además, el Ministerio de la Protección Social ofrecerá la información del ENSM a grupos de investigadores debidamente conformados, universidades y otras organizaciones para realizar estudios secundarios y análisis en profundidad.

### **Epidemiología de los trastornos mentales en el ámbito mundial**

La Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS ha encontrado que los trastornos mentales tienen alta prevalencia, producen gran discapacidad y con frecuencia no reciben tratamiento. Más de la mitad de las personas con trastornos mentales severos en Estados Unidos y en algunos países europeos no están recibiendo tratamiento, y la situación es aún peor en algunos países en desarrollo de acuerdo a los estudios de la OMS.

Los hallazgos de las encuestas realizadas por la OMS, publicadas en *The Journal of the American Medical Association (JAMA)*, muestran con claridad la alta prevalencia y carga de los trastornos mentales a nivel mundial, que a pesar de los tratamientos disponibles, permanecen sin atención.

El primer reporte de Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS incluye 14 países (seis menos desarrollados y ocho desarrollados) con datos de prevalencia, severidad y tratamiento

de trastornos mentales de 60,463 entrevistas en adultos, representativas de la población nacional. Las encuestas fueron realizadas entre 2001 y 2003 en América (Colombia, México Estados Unidos), Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Ucrania), África (Líbano, Nigeria) y Asia (Japón y encuestas separadas en Bejín y Shangai en la República Popular China). Los seis países clasificados como menos desarrollados por el Banco Mundial son China, Colombia, Líbano, México, Nigeria y Ucrania.

Todas las encuestas usaron el CIDI para evaluar trastornos y tratamientos. Los trastornos considerados incluyeron trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos que reflejan problemas con el control de impulsos y trastornos por abuso de sustancias.

Los investigadores encontraron que la prevalencia de algún trastorno mental en el año previo varió ampliamente de 4.3 % en Shangai a 26.4 % en Estados Unidos y entre 33.1% (Colombia) y 80.9% (Nigeria) de los casos en el último año fueron leves. Los trastornos graves fueron asociados con discapacidad importante en los roles (incapacidad para realizar las actividades cotidianas). Aunque la severidad de los trastornos se correlacionó con la probabilidad de tratamiento en la mayoría de los países, entre el 35.5% y el 50.3% de los casos graves en países desarrollados y entre el 76.3% y el 85.4% en los menos desarrollados no recibieron tratamiento antes de la encuesta.

Además se encontró que muchas personas con trastornos subumbral reciben tratamiento, mientras que muchos con trastornos severos no lo reciben. Estos hallazgos indican que las necesidades no satisfechas de tratamiento entre los casos graves no es solamente debida a la falta de recurso sino la inadecuada localización de estos.

## **2. OBJETIVOS**

- ✓ Estimar la prevalencia de trastornos mentales en adultos de 18 a 65 años en Colombia.
- ✓ Estimar la edad de aparición de los trastornos mentales en adultos de 18 a 65 años en Colombia.
- ✓ Identificar los factores asociados a los trastornos mentales.

## **3. METODOLOGÍA**

### **Tipo de estudio**

Se llevó a cabo un estudio de prevalencia como parte de la iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamada Encuesta Mundial de Salud Mental (EMSM). La iniciativa, que se está desarrollando en 26 países del mundo, busca aliviar la deficiente disponibilidad de información existente sobre salud mental, a través de metodologías que permitan la comparación transcultural.

### **Población y muestra**

El universo de estudio fue la población civil, no institucionalizada, de 18 a 65 años de las zonas urbanas de 1070 municipios de 25 departamentos de Colombia.

La encuesta se llevó a cabo en una muestra probabilística de 4,544 adultos (18–65 años), provenientes de 5,526 hogares urbanos de los diferentes estratos socioeconómicos, concentrados en 420 manzanas de 60 municipios de 25 departamentos del país.

### **Instrumento de recolección de información**

En el estudio se utilizó la versión en castellano del CIDI, versión 15 (Composite International Diagnostic Interview o Entrevista Diagnóstica Internacional Compuesta) proporcionados por la OMS.

Al instrumento se le realizó una adaptación que consistió en la adecuación de su contenido al medio cultural colombiano (terminología, equivalencias monetarias, sistema de salud, medicamentos, migración y medicinas alternativas), con la finalidad de obtener información basada en las características del contexto del país.

Este proceso se llevó a cabo acorde con los lineamientos dados por la OMS, cuyos criterios básicos fueron mantener sin modificaciones las preguntas, teniendo en cuenta que se trata de una entrevista estructurada. El equipo de investigadores de la Universidad de Harvard y la Universidad de Michigan avalaron la versión colombiana del CIDI para adultos. El Ministerio de la Protección Social de Colombia aprobó la utilización de este instrumento para la realización del Estudio Nacional de Salud Mental.

El CIDI presenta las siguientes características:

- ü Incorpora los aspectos esenciales del estado actual del conocimiento en salud mental.
- ü Es aplicable en distintas culturas.
- ü Aborda la salud mental y, por lo tanto, las actuaciones en salud mental, como un concepto multidimensional, incorporando los aspectos del modelo bio-psico-social de salud y enfermedad;
- ü Satisface las necesidades de las múltiples disciplinas que operan en el campo de la salud y de los distintos grupos de afectados, proveyendo información sobre estadísticas relevantes de los estados y las actuaciones en el ámbito de la salud mental.

El instrumento utilizado es una versión computarizada de la *Entrevista diagnóstica internacional compuesta*, en su versión computarizada (CAPI, versión certificada 15). El CIDI CAPI es una entrevista diagnóstica estructurada instalada en un computador portátil y aplicada en una entrevista cara a cara por entrevistadores legos. La OMS CIDI proporciona diagnósticos de alguna vez en la vida, durante los últimos doce meses y durante los últimos treinta días, según los criterios diagnósticos del *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-IV* (DSM-IV) y de la *Clasificación internacional de enfermedades* (CIE-10) para 17 diagnósticos principales y 6 diagnósticos secundarios.

En este documento se presentan los diagnósticos de acuerdo con el DSM-IV. El instrumento contiene, además, módulos que investigan características sociodemográficas, empleo,

finanzas, factores del matrimonio y los hijos, redes sociales, carga familiar, condiciones médicas crónicas, fármaco epidemiología, discapacidad y uso de servicios.

Con el fin de maximizar la obtención de información y minimizar el tiempo de entrevista, algunos individuos de la muestra contestaron la versión larga del instrumento y otros, la versión resumida, seleccionados basándose en sus respuestas a las preguntas de tamizaje (preguntas que indican probabilidad de que el diagnóstico esté presente) y selección aleatoria con probabilidad proporcional al número de sujetos que habitan las viviendas en muestra. El tiempo máximo promedio de la entrevista fue de 3 horas, 16 minutos y el tiempo mínimo promedio fue de 30 minutos).

## **Grupo de trabajo**

El trabajo de campo fue llevado a cabo por 11 supervisores locales y 39 entrevistadores con amplia experiencia en encuestas con obtención sistemática de información. Éstos recibieron una capacitación inicial de 5 días proporcionada por 2 capacitadores certificados en Estados Unidos, que forman parte del equipo mexicano, y 5 capacitadores colombianos, previamente entrenados en México.

## **Entrenamiento del equipo de trabajo de campo**

Teniendo en cuenta la importancia y la relevancia nacional e internacional de la encuesta, el entrenamiento del personal de campo fue fundamental para garantizar una óptima recolección de información. Por lo tanto, se diseñó y ejecutó un plan exhaustivo de convocatoria, selección y entrenamiento del personal de campo. En el entrenamiento se abordaron los siguientes temas:

- ü Aspectos generales del estudio
- ü Muestreo
- ü Sistema de información
- ü Uso adecuado de computadores
- ü Contenido y manejo del CIDI
- ü Manejo de situaciones difíciles (encuentro con grupos armados, seguridad, privacidad)
- ü Manejo de los equipos de trabajo y convivencia

## **Recolección y manejo de la información**

**a. Recolección de información.** Basados en la selección de los municipios y tamaños esperados de la muestra diseñada, y el tiempo previsto para la recolección de los datos del estudio, se diseñó la programación del trabajo de campo, teniendo en cuenta los siguientes criterios: la agrupación de los municipios seleccionados por regiones, definición de rutas según vías de comunicación y facilidades de acceso y transporte, y situación de orden público.

La recolección de información se inició el 14 de Agosto de 2003 y culminó el 02 de diciembre de 2003. Durante el proceso de recolección de datos, toda la información recogida era comunicada y enviada periódica y sistemáticamente al nivel central del estudio (Bogotá), de

acuerdo a las normas establecidas por el sistema de información diseñado para tal fin, la cual una vez recibida, era entregada al responsable del área de informática.

**b. Procedimiento de aseguramiento de calidad.** Los procedimientos para el control de la calidad de la información fueron diseñados acorde con los lineamientos dados por la OMS/ Universidad de Harvard en lo referente al tema. Por lo tanto, se diseñaron diferentes formatos para manejo por parte de los entrevistadores y los supervisores locales, dentro de los cuales se encuentran los formatos de selección de vivienda, hogar y entrevistado; formatos éstos que una vez diligenciados y siempre al final de la jornada laboral eran entregados al supervisor nacional junto con una copia de seguridad de las entrevistas adelantadas en esa jornada.

Por otra parte, los supervisores locales se encargaban de recolectar tanto los formatos como las copias de las encuestas de los cuatro entrevistadores que se encontraban en su grupo de trabajo; cada dos días debían enviar las copias de seguridad del total de las encuestas junto con los formatos recolectados y ya revisados, al nivel central ubicado en las oficinas de Bogotá; este envío se hizo por correo certificado a través de una empresa de entrega de amplio reconocimiento nacional.

Una vez recibidas en las oficinas de FES Bogotá, la información era entregada a los ingenieros de sistemas del grupo investigador, quienes se encargaron de generar una base de datos, la cual se envió periódicamente y de forma acumulativa vía Internet al Centro Colaborador de la OPS/OMS en Ciudad de México y a la Universidad de Harvard, con el fin de ser sometidas a los procesos de control de calidad estandarizados dentro del diseño del estudio a nivel mundial.

De igual forma dentro del proceso de control de calidad, las supervisoras nacionales realizaron visitas para verificar el cumplimiento de la entrevista por parte del entrevistador y la veracidad de la información registrada en la entrevista. La información recogida por parte de los grupos de entrevistadores era compilada diariamente en un disco compacto por parte del supervisor de grupo y enviada al nivel central (Bogotá) cada dos días, en donde era sometida a procesos de control de calidad a través de programas de software estadísticos definidos previamente por el grupo de investigadores de la Universidad de Michigan.

### **Análisis de la información**

Una vez recolectada la información y sometida a los procesos de control de calidad se envió vía Internet al Centro Colaborador de la OPS/OMS en el Instituto Nacional de Psiquiatría de México, en donde se corrieron los algoritmos diagnósticos requeridos para realizar los diagnósticos correspondientes.

Los diagnósticos de trastorno mental obtenidos a través de la encuesta CIDI están basados en la Clasificación Internacional de Enfermedades, 10ª revisión (CIE-10), Clasificación de Trastornos Mentales y del Comportamiento y en el DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition, de la Asociación Psiquiátrica Americana.

Para la generación de estimaciones no sesgadas de los resultados de la investigación se aplicaron dos grupos de ponderaciones, fase 1 y fase 2. Las ponderaciones fase 1, se refieren al factor básico de expansión, ajustado por no cobertura de la muestra y por la estructura por



edad y sexo de la población estudiada. Dicho factor básico, es el recíproco de la probabilidad final de selección de las personas, la cual, a su vez, es el producto de las probabilidades de selección de cada municipio dentro de su estrato, de cada manzana dentro de su municipio, de los hogares escogidos en cada manzana y de la persona seleccionada en cada hogar.

El ajuste de no cobertura recupera las personas no encuestadas por grupos de edad y sexo para grupos de segmentos de similares características. El ajuste de cobertura corrige la composición por edad y sexo de la muestra encuestada, respecto a la composición real del universo estudiado.

Las ponderaciones fase 2, se originaron en el hecho de que la forma larga de la entrevista sólo se aplicó a una parte de los encuestados, seleccionados aleatoriamente mediante un algoritmo interno del programa computarizado de la entrevista. La fracción de submuestreo (probabilidad) de los seleccionados varió de acuerdo con la presencia o no de una serie de síntomas de varios trastornos incluidos en la entrevista, así: a) los entrevistados con los síntomas, llamado grupo por encima del umbral, se seleccionaron con probabilidad 1 para la forma larga de la entrevista, es decir, se les aplicó a todos esta forma larga; b) aquellos entrevistados que cumplían sólo en forma limitada o parcial (grupo sub-umbral) con los criterios del umbral, fueron submuestreados para la entrevista larga con una probabilidad determinada por el número de personas de su hogar; y c) las personas libres de síntomas de dichos trastornos, también se submuestrearon para la entrevista larga con una probabilidad asociada con el tamaño del hogar. Por último, las ponderaciones fase 1 y fase 2 se multiplicaron entre sí, y el factor resultante se normalizó en función del tamaño de la muestra obtenida, dando lugar a la ponderación final.

Los errores estándar absolutos de las proporciones presentadas se obtuvieron por el método de las Series de Taylor mediante el paquete SUDAAN. Las gráficas de edad de inicio se generaron por el método Kaplan-Meier y las tasas presentadas en las gráficas, con el paquete SAS.

Finalmente, se hizo un análisis de tipo correlacional utilizando regresión logística para buscar factores asociados a cada uno de los trastornos mentales seleccionados. Se estratificó por sexo, dado el carácter diferencial de los trastornos mentales, tanto por características biológicas como por aspectos de género que la variable sexo alcanza a medir de manera indirecta.

Los resultados que se presentan en este documento se realizaron sobre las bases de datos que usó la Universidad de Harvard para la publicación de los resultados de la encuesta de 14 países en la revista JAMA 2004;291:2581-2590 (Prevalence, Severity, and Unmet Need for Treatment of Mental Disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys) y que finalmente fueron depuradas por dicha universidad para ajustar los datos del presente informe.

## 4. RESULTADOS

Se encuestaron un total de 4.544 adultos entre los 18 y 65 años de edad, residentes de 5.526 hogares urbanos de los seis estratos socioeconómicos de 60 municipios del país. La tasa de no respuesta fue de 12,3%.

### 4.1. Resultados Descriptivos

#### Características sociodemográficas

En la tabla se presentan los datos demográficos básicos de la población encuestada. Alrededor del 56% de las personas incluidas en el estudio fueron del sexo femenino, y 37% se ubicó en el grupo de edad más joven (18-29 años). La muestra refleja el nivel educativo mixto del país: 13% de la población tuvo únicamente estudios primarios (quinto grado), 21% secundaria completa y sólo 10% completó estudios universitarios. Finalmente, la mayoría de los participantes estaban casados o en unión libre (55%) y actualmente trabajando (53%).

**Tabla 1 Características sociodemográficas de los participantes del estudio.**

<b>Características sociodemográficas</b>	<b>%</b>	<b>Es <sup>1</sup></b>
<b>Sexo</b>		
Masculino	43.83	1.53
Femenino	56.17	1.53
<b>Edad</b>		
18 – 29	37.04	1.63
30 – 44	35.36	1.50
45 – 59	22.24	1.29
60 – 65	5.36	0.57
<b>Educación</b>		
Ninguno	3.96	0.78
Primaria incompleta	12.60	1.17
Primaria completa	13.67	1.13
Secundaria incompleta	23.28	1.23
Secundaria completa	21.17	1.41
Universitaria incompleta	14.74	1.12
Universitaria completa	10.58	1.62
<b>Estado civil</b>		
Casado o unión libre	55.63	1.63
Separado-viudo-divorciado	10.90	0.97
Soltero	33.47	1.81
<b>Ocupación</b>		
Trabajador	53.23	1.63
Estudiante	7.79	1.16
Ama de casa	25.14	1.40
Pensionado	2.53	0.49
Otro	11.30	0.95

<sup>1</sup> Es: Error Estándar Absoluto. Aparece en el resto tablas. Se utiliza para calcular los límites de confianza teniendo en cuenta un nivel de confianza dado usualmente del 95%.

## **Prevalencia de vida, doce meses y treinta días de trastornos mentales <sup>2</sup>**

Las tablas 2, 3 y 4 presentan las prevalencias de 23 trastornos mentales, según sexo, para “alguna vez en la vida”, para los “últimos 12 meses” y para los “últimos 30 días”. Comenzando por los totales, se puede observar que 40.1% de la población colombiana presentó algunos de los 23 trastornos del DSM-IV alguna vez en su vida, 16.0% lo reportó en los últimos 12 meses y 7.4% reportó trastornos mentales durante los últimos 30 días. Cabe señalar que todos los diagnósticos que se presentan en los resultados corresponden a los clasificados según criterios del DSM-IV.

Es decir, alrededor de ocho de cada 20 colombianos, tres de cada 20 y uno de cada 20 presentaron trastornos psiquiátricos alguna vez en la vida, en los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, respectivamente. Por tipo de trastornos, los más frecuentes fueron los trastornos de ansiedad (19.3% alguna vez), seguidos por los trastornos del estado de ánimo (15%) y los trastornos de uso de sustancias psicoactivas (10.6%). En los últimos 12 meses y en los últimos 30 días, los trastornos más comunes son los de ansiedad, seguidos por los afectivos y después por los de uso de sustancias psicoactivas.

En general, los hombres presentan prevalencias globales más altas de cualquier trastorno en comparación con las mujeres para cualquier trastorno alguna vez en la vida (41% y 39.5%, respectivamente). Sin embargo, las mujeres presentan prevalencias globales un poco más elevadas que los hombres para cualquier trastorno en los últimos 12 meses (16.3% y 15.6%) y en los últimos 30 días. Un análisis de este cuadro permite observar que los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad son más frecuentes en las mujeres, mientras que los trastornos por uso de sustancias son más frecuentes en los hombres.

Al analizar los trastornos individuales, se puede observar que en la población total las fobias específicas fueron las más comunes (12.6% alguna vez en la vida), seguido de trastorno depresivo mayor (5.3%), trastorno de ansiedad de separación del adulto y abuso de alcohol. Este orden es muy diferente al analizar los trastornos específicos por sexo. Los tres principales trastornos para las mujeres fueron: episodio depresivo mayor, fobia específica y trastorno de ansiedad de separación del adulto. Para los hombres, estos tres trastornos fueron abuso de alcohol, fobia específica y trastorno de conducta.

En general, al pasar al análisis de los trastornos individuales en los periodos de los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se observa que en las mujeres el episodio depresivo mayor, las fobias y el trastorno de ansiedad de separación del adulto tienen un gran peso, mientras que en los hombres las fobias, el abuso y dependencia al alcohol y el trastorno depresivo mayor pesan más.

---

<sup>2</sup> La prevalencia de vida indica la ocurrencia de un trastorno mental alguna vez en la vida. La prevalencia de 12 meses indica la ocurrencia de un trastorno mental en el último año y la de 30 días en el último mes.

**Tabla 2. Prevalencia de vida de trastornos mentales según sexo**

Diagnósticos	Masculino		Femenino		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>						
Trastorno depresivo mayor	8.6	0.9	14.9	0.9	12.1	0.5
Trastorno depresivo menor	1.6	0.5	2.0	0.5	1.8	0.4
Trastorno bipolar I	2.1	0.4	1.5	0.3	1.8	0.2
Trastorno bipolar II	0.1	0.2	0.2	0.1	0.2	0.1
Trastorno distímico	0.6	0.3	0.7	0.2	0.7	0.2
Cualquier trastorno estado de ánimo	11.7	1.1	17.5	1.1	15.0	0.9
<b>Trastornos de ansiedad</b>						
Trastorno de angustia	0.6	0.3	1.7	0.3	1.2	0.3
Agorafobia sin trastorno de angustia	1.5	0.4	3.3	0.6	2.6	0.4
Fobia social	5.1	0.7	5.1	0.8	5.1	0.5
Fobia específica	10.9	1.1	13.9	1.1	12.6	0.9
Trastorno de ansiedad generalizada	1.5	0.4	1.2	0.3	1.3	0.3
Trastorno de estrés postraumático	0.8	0.3	2.5	0.7	1.8	0.4
Cualquier trastorno de ansiedad	16.0	1.3	21.8	1.5	19.3	1.1
<b>Trastornos relacionados con sustancias</b>						
Abuso de alcohol	13.2	1.4	1.6	0.4	6.7	0.6
Dependencia de alcohol	4.7	0.8	0.3	0.1	2.3	0.4
Abuso de drogas	2.1	0.4	0.1	0.1	1.0	0.2
Dependencia de drogas	1.2	0.4	0.2	0.1	0.6	0.2
Dependencia de nicotina	2.9	0.9	0.5	0.2	1.6	0.4
Cualquier trastorno de sustancias	20.8	1.7	2.6	0.4	10.6	0.8
<b>Otros trastornos</b>						
Trastorno por déficit de atención	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1
Anorexia nerviosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad por separación adulto	6.3	0.9	9.6	1.1	8.2	0.8
Bulimia nerviosa	0.0	0.0	0.5	0.2	0.3	0.1
Trastorno disocial	8.8	1.3	2.7	0.5	5.5	0.7
Trastorno negativista desafiante	4.9	0.9	2.2	0.4	3.4	0.5
Síndrome tensión premenstrual	...	...	0.3	0.1	0.3	0.1
Trastorno ansiedad por separación	3.5	0.7	3.4	0.5	3.4	0.4
<b>Cualquier trastorno</b>						
Cualquier trastorno	41.0	2.1	39.5	2.0	40.1	1.8
Cualquier trastorno principal	35.9	2.0	36.8	2.0	36.4	1.5

**Tabla 3. Prevalencia de 12 meses de trastornos mentales según sexo**

Diagnósticos	Masculino		Femenino		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>						
Trastorno depresivo mayor	3.5	0.6	7.3	0.5	5.6	0.4
Trastorno depresivo menor	0.5	0.2	0.9	0.4	0.7	0.2
Trastorno bipolar I	0.7	0.2	0.9	0.3	0.8	0.2
Trastorno bipolar II	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.1
Trastorno distímico	0.5	0.3	0.5	0.1	0.5	0.1
Cualquier trastorno estado de ánimo	4.5	0.7	8.7	0.8	6.9	0.6
<b>Trastornos de ansiedad</b>						
Trastorno de angustia	0.3	0.1	0.9	0.2	0.6	0.1
Agorafobia sin trastorno de angustia	1.3	0.4	1.7	0.4	1.5	0.3
Fobia social	2.1	0.4	2.8	0.5	2.5	0.3
Fobia específica	4.9	0.9	6.9	0.6	6.0	0.6
Trastorno ansiedad generalizada	0.9	0.4	0.5	0.1	0.7	0.2
Trastorno estrés postraumático	0.1	0.1	0.7	0.3	0.5	0.2
Cualquier trastorno de ansiedad	9.1	1.1	13.7	1.3	11.7	0.9
<b>Trastornos relacionados con sustancias</b>						
Abuso de alcohol	2.1	0.4	0.4	0.1	1.1	0.2
Dependencia de alcohol	2.5	0.7	0.0	0.0	1.1	0.3
Abuso de drogas	0.6	0.2	0.0	0.0	0.3	0.1
Dependencia de drogas	0.3	0.1	0.2	0.1	0.2	0.1
Dependencia de nicotina	0.8	0.5	0.2	0.1	0.5	0.2
Cualquier trastorno por sustancias	5.8	1.0	0.8	0.2	3.0	0.4
<b>Otros trastornos</b>						
Trastorno déficit de atención	0.0	0.0	0.1	0.1	0.1	0.0
Anorexia nerviosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad por separación adulto	2.0	0.5	3.3	0.9	2.7	0.5
Bulimia nerviosa	0.0	0.0	0.3	0.2	0.2	0.1
Trastorno disocial	2.1	0.5	0.5	0.3	1.2	0.3
Trastorno negativista desafiante	1.0	0.4	0.2	0.1	0.6	0.2
Síndrome tensión premenstrual	...	...	0.3	0.1	0.3	0.1
Trastorno ansiedad por separación	0.6	0.3	0.7	0.3	0.7	0.2
<b>Cualquier trastorno</b>						
Cualquier trastorno	15.6	1.4	16.3	1.5	16.0	1.2
Cualquier trastorno principal	14.6	1.3	18.2	1.4	16.6	1.0

**Tabla 4. Prevalencia de 30 días de trastornos mentales según sexo**

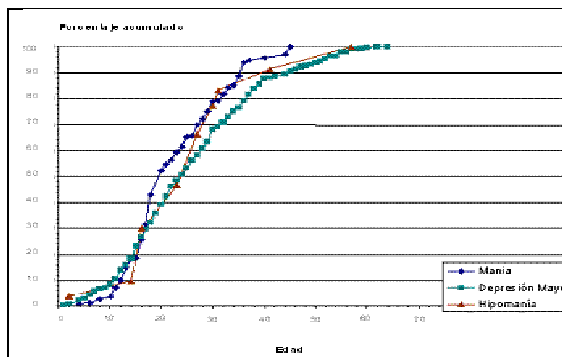
Diagnósticos	Masculino		Femenino		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es
<b>Trastornos del estado de ánimo</b>						
Trastorno depresivo mayor	0.7	0.2	2.8	0.4	1.9	0.2
Trastorno depresivo menor	0.1	0.1	0.3	0.1	0.2	0.1
Trastorno bipolar I	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0
Trastorno bipolar II	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Trastorno distímico	0.1	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1
Cualquier trastorno estado de ánimo	0.8	0.2	3.1	0.4	2.1	0.3
<b>Trastornos de ansiedad</b>						
Trastorno de angustia	0.1	0.1	0.5	0.2	0.3	0.1
Agorafobia sin trastorno de angustia	0.4	0.2	0.4	0.1	0.4	0.1
Fobia social	1.8	0.4	0.7	0.2	0.7	0.2
Fobia específica	2.2	0.6	2.7	0.4	2.5	0.3
Trastorno ansiedad generalizada	0.5	0.3	0.2	0.1	0.3	0.1
Trastorno de estrés postraumático	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.1
Cualquier trastorno de ansiedad	3.7	0.7	6.2	0.9	5.1	0.6
<b>Trastornos relacionados con sustancias</b>						
Abuso de alcohol	0.4	0.2	0.1	0.1	0.2	0.1
Dependencia de alcohol	1.2	0.4	0.0	0.0	0.5	0.2
Abuso de drogas	0.2	0.1	0.0	0.0	0.1	0.1
Dependencia de drogas	0.3	0.2	0.0	0.0	0.1	0.1
Dependencia de nicotina	0.1	0.1	0.1	0.0	0.1	0.0
Cualquier trastorno por sustancias	1.8	0.4	0.2	0.1	0.9	0.2
<b>Otros trastornos</b>						
Anorexia nerviosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad por separación adulto	0.6	0.3	0.9	0.8	1.3	0.5
Bulimia nerviosa	0.0	0.0	0.1	0.1	0.0	0.0
Síndrome de tensión premenstrual	...	...	0.3	0.1	0.3	0.1
Trastorno de ansiedad por separación	0.1	0.1	0.3	0.2	0.2	0.1
<b>Cualquier trastorno</b>						
Cualquier trastorno	5.8	0.8	8.7	1.0	7.4	0.7
Cualquier trastorno principal	5.6	0.8	8.1	1.0	7.0	0.7

### Edad de aparición de los trastornos mentales

A continuación se presenta la edad de inicio de los trastornos mentales en aquellas personas que los han padecido alguna vez en su vida. El eje de la x corresponde a la edad de inicio del trastorno mental y el eje de la y corresponde al porcentaje acumulado de las personas que inician el trastorno mental a una determinada edad. El punto de cruce entre el porcentaje del 50% y una edad dada corresponde a la mediana de edad de aparición de la enfermedad mental.

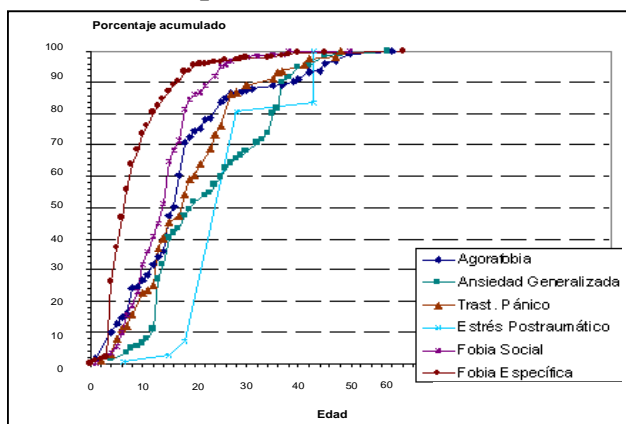
En el gráfico 1 se observa la edad de aparición de los trastornos del estado de ánimo. Se encuentra que las edades de inicio para las tres enfermedades son similares.; el trastorno bipolar I (manía) con 20 años y la depresión y trastorno bipolar II (hipomanía) con 24 años.

**Gráfico 1. Edad de aparición de trastornos del estado de ánimo.**



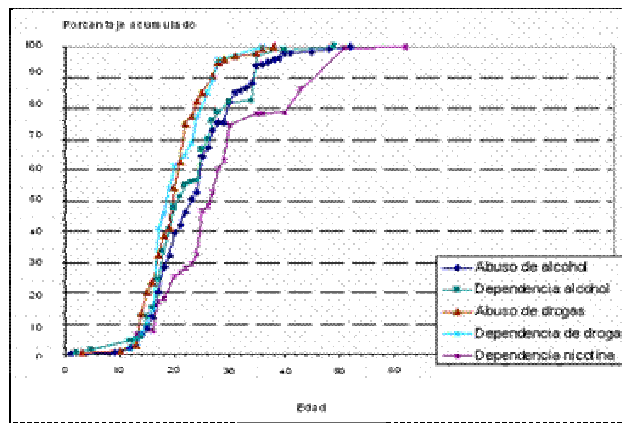
Como se observa en el gráfico 2, la edad de inicio de los diferentes trastornos de ansiedad es diversa y va desde los 6 años hasta los 24 años, así: fobia específica 7 años; fobia social 14 años; agorafobia 16 años; trastorno de angustia 17 años; ansiedad generalizada 18 años; trastorno de estrés postraumático 24 años.

**Gráfico 2. Edad de aparición de trastornos de ansiedad.**



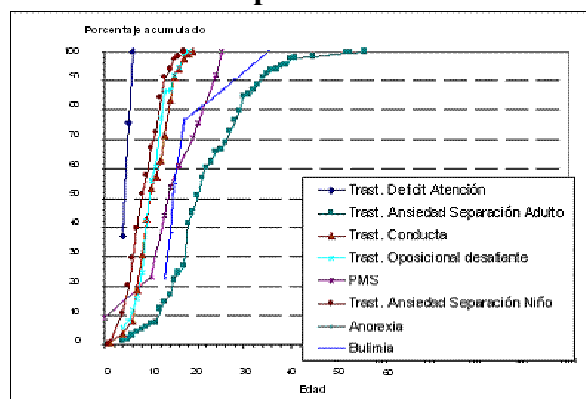
En el gráfico 3, que muestra la edad de aparición de los trastornos relacionados con sustancias, se encuentra entre los 18 a 26 años, así: dependencia de drogas 18 años; abuso de drogas 20 años; dependencia de alcohol 21 años; abuso de alcohol 23 años; dependencia de nicotina 26 años

**Gráfico 3. Edad de aparición de trastornos relacionados con sustancias.**



En el gráfico 4 se muestra la edad de inicio de otros trastornos. Se observa gran heterogeneidad en la edad de inicio de estos trastornos. Se encuentra lo siguiente: trastorno de déficit de atención 5 años; trastorno de ansiedad de separación 8 años; trastorno negativista desafiante y trastorno disocial 10 años; bulimia nerviosa 15 años; trastorno de ansiedad de separación del adulto 20 años.

**Gráfico 4. Edad de aparición de otros trastornos.**



En síntesis, y como era de esperarse dada la historia natural de estos trastornos, de acuerdo con estas medianas, el trastorno de atención (mediana de 5 años), la fobia específica (mediana de 7 años) y el trastorno por ansiedad de separación de la infancia (mediana de 8 años) son los padecimientos que afectaron en edades más tempranas a los entrevistados.

A continuación, aparece el trastorno disocial y el trastorno negativista desafiante (mediana de 10 años), la fobia social (mediana de 14 años), la bulimia nerviosa (mediana de 15 años y la agorafobia (mediana de 16 años).



Al observar las gráficas 1, 2 y 3, que incluyen los trastornos de la vida adulta, se observa que los trastornos de ansiedad se reportan con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos por uso de sustancias y posteriormente se reportaron los trastornos del estado de ánimo.

### Prevalencia de trastornos mentales según regiones del país

La tabla 5 muestra los resultados globales de acuerdo a las cinco regiones en que fue dividido el país para fines de esta encuesta: Bogotá, Central, Atlántica, Oriental y Pacífico.

Analizando, en primer lugar, la prevalencia de cualquier trastorno “alguna vez en la vida”, se observa que la región Bogotá, D.C es la que presenta la prevalencia más elevada (46.7% en contraste con 40.1% que fue la prevalencia de cualquier trastorno para todo el país). Al analizar el motivo de esta elevada prevalencia global en la capital del país, se puede observar que tanto en el grupo de trastornos del estado de ánimo como de ansiedad y por uso de sustancia psicoactivas, esta región tiene prevalencias más elevadas que el total nacional, pero es en el grupo de trastornos afectivos en donde se encuentra la diferencia mas importante (21.2% para Bogotá comparado con 15.0% para el total nacional).

La región con la prevalencia más baja de cualquier trastorno “alguna vez en la vida” fue la región Atlántica. Esta región tiene una prevalencia baja de trastornos de ansiedad (14.9% comparado con 19.3% del total nacional) y también prevalencias más bajas de trastornos relacionados con sustancias y trastornos del estado de ánimo. De los cuatro grandes grupos diagnósticos, son los diagnósticos por trastornos del estado de ánimo el que presenta variaciones más elevadas en el país, con prevalencias que van desde 8.1% (región oriental) hasta 21.2 (Bogotá D.C.).

En forma general, estas diferencias se vuelven a encontrar en las prevalencias reportadas en los últimos 12 meses, pero tienden a desaparecer en las prevalencias en los últimos 30 días. Para este último periodo, Bogotá D.C. y la región Pacífica muestran la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (6.7%), la región Pacífica muestra la prevalencia más elevada de trastornos del estado de ánimo (2.7%). La región Pacífica es la que presenta la prevalencia más elevada para cualquier trastorno en los últimos 30 días (9.4%).

**Tabla 5. Prevalencias de trastornos mentales según regiones**

Diagnósticos	Bogotá		Central		Atlántica		Oriental		Pacífico		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
<b>Prevalencia de vida</b>												
Cualquier trastorno del estado de ánimo	21.2	3.2	15.5	1.8	13.4	1.1	8.1	1.7	15.3	1.9	15.0	0.9
Cualquier trastorno de ansiedad	21.7	3.5	19.9	1.9	14.9	1.9	19.4	3.7	22.0	2.5	19.3	1.1
Cualquier trastorno relacionado con sustancias	11.0	2.4	11.8	1.2	8.8	1.2	5.9	1.1	12.3	2.7	10.6	0.8
Cualquier trastorno	46.7	5.7	41.1	2.8	35.1	2.3	37.6	6.9	41.6	4.2	40.1	1.6

Cualquier trastorno principal	43.1	5.1	37.2	2.6	29.6	1.6	34.5	6.3	40.2	4.3	36.4	1.5
<b>Prevalencia de 12 meses</b>												
Cualquier trastorno del estado de ánimo	10.9	1.9	7.0	1.2	6.4	0.8	4.1	1.0	6.0	1.0	6.9	0.6
Cualquier trastorno de ansiedad	14.2	3.6	11.3	1.3	10.8	1.5	10.3	3.3	13.4	2.9	11.7	0.9
Cualquier trastorno por sustancias	2.3	0.8	3.6	0.7	2.3	0.5	2.1	0.6	3.2	1.6	3.0	0.4
Cualquier trastorno	18.4	3.8	15.7	1.7	15.0	1.4	13.9	4.1	17.8	4.1	16.0	1.2
Cualquier trastorno principal	19.5	3.0	16.5	1.5	15.3	1.4	14.2	3.3	18.5	4.0	16.6	1.0

### Prevalencia de trastornos mentales según nivel de escolaridad

En la distribución que se presenta en la tabla 6, se observa que la mayor prevalencia de trastorno principal se encontró en personas con primaria completa (41,1%).

Al observar la distribución de las prevalencias por grupos diagnósticos, no se encuentra un patrón definido por nivel de escolaridad en las prevalencias menores y mayores, ni una tendencia ascendente o descendente. En los trastornos del estado de ánimo, las prevalencias mayores y menores fueron encontradas en las personas con nivel universitario incompleto y primaria incompleta, con un 20,6 y 12,3% respectivamente. En los trastornos de ansiedad se observaron en personas con primaria completa y universitario, con un 24,1 y 16,6 respectivamente.

**Tabla 6. Prevalencia de vida de trastornos mentales según nivel de escolaridad.**

DIAGNOSTICO	GRADO DE ESCOLARIDAD															
	Ninguna		Primaria Incompleta		Primaria completa		Secundaria Incompleta		Secundaria completa		Universitaria Incompleta		Universitaria Completa		TOTAL	
	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES
<b>Trastornos del Estado de Animo</b>																
Trastorno Depresivo Mayor	12.3	3.6	9.6	1.4	14.3	2.1	16.2	1.4	10.6	1.4	12.9	2.7	15.7	2.1	13.3	0.7
Trastorno Depresivo Menor	1.0	0.9	1.4	0.6	2.2	1.1	2.6	0.9	1.2	0.4	2.3	1.1	2.0	0.6	1.9	0.4
Trastorno Bipolar I (Mania)	0.0	0.0	1.8	0.6	2.8	2.7	2.8	0.7	1.1	0.3	2.1	0.8	4.3	2.1	2.3	0.3
Trastorno Bipolar II (Hipomanía)	0.5	0.5	0.3	0.2	0.0	0.0	0.6	0.4	0.1	0.1	0.4	0.3	0.3	0.2	0.3	0.1
Trastorno Distímico	1.9	1.0	0.2	0.2	0.4	0.2	0.7	0.3	0.9	0.4	1.5	1.2	0.8	0.4	0.8	0.2
Cualquier Trastorno Afectivo	13.8	3.8	12.3	1.7	18.0	2.5	19.9	1.6	12.4	1.5	15.9	3.0	20.6	2.8	16.5	0.9
<b>Trastornos de ansiedad</b>																
Trastorno de Angustia	0.4	0.4	0.7	0.3	1.4	0.4	1.5	0.4	1.7	0.7	1.1	0.5	1.0	0.5	1.3	0.2
Agorafobia sin Trastorno de Angustia	3.2	1.6	2.4	0.7	5.1	1.8	2.5	0.7	1.7	0.5	0.7	0.4	2.5	1.1	2.5	0.4

Fobia Social	4.9	2.0	3.9	0.8	6.5	1.7	3.9	0.7	4.8	1.2	7.4	2.1	5.7	1.5	5.1	0.5
Fobia Especifica	8.8	3.3	14.6	2.2	15.7	2.3	12.7	1.5	10.8	1.5	9.9	2.4	13.0	2.1	12.5	0.8
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0.5	0.5	0.5	0.3	0.6	0.4	1.2	0.4	1.8	0.7	2.3	1.0	1.3	0.5	1.3	0.3
Trastorno de Estrés Postraumático	9.2	8.6	1.4	0.6	3.7	1.2	1.7	0.7	0.8	0.4	0.7	0.4	0.4	0.2	1.7	0.4
Cualquier Trastorno de Ansiedad	23.4	8.8	19.4	2.4	24.1	3.3	18.1	1.4	17.0	2.1	16.6	3.2	19.8	2.8	19.2	1.0
<b>Trastornos Relacionados con Sustancias</b>																
Abuso de Alcohol	6.0	3.3	6.2	1.5	4.8	1.2	9.0	1.5	5.2	1.0	5.7	2.0	10.0	2.6	6.9	0.6
Dependencia de Alcohol	0.9	0.9	2.6	1.0	4.0	1.7	2.2	0.5	2.0	0.6	1.9	0.9	2.5	0.9	2.4	0.4
Abuso de Drogas	0.5	0.6	0.8	0.4	0.5	0.4	2.4	0.7	0.5	0.3	0.2	0.1	0.7	0.4	1.0	0.2
Dependencia de Drogas	0.0	0.0	0.3	0.2	0.6	0.5	1.6	0.5	0.3	0.3	0.2	0.2	0.4	0.3	0.6	0.2
Dependencia de Nicotina	1.4	1.1	3.7	2.3	1.9	1.4	1.5	0.7	1.1	0.7	1.3	0.7	1.2	0.8	1.7	0.4
Cualquier Trastorno de Sustancias	8.3	3.7	12.6	2.8	9.9	1.9	13.9	1.6	8.3	1.4	8.4	2.3	13.1	2.7	11.1	0.8
<b>Otros Trastornos</b>																
Trastorno por Déficit de Atención	0.5	0.5	2.0	1.1	1.8	0.9	2.6	0.9	0.5	0.2	0.3	0.3	0.4	0.3	1.2	0.3
Anorexia Nerviosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad por Separación Adulto	2.9	1.7	9.0	1.5	7.9	1.3	10.7	1.7	8.0	1.5	4.6	1.6	6.5	1.8	7.9	0.7
Bulimia Nerviosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.5	0.4	1.8	0.9	0.3	0.1
Trastorno Disocial	0.0	0.0	3.8	2.0	4.1	1.8	2.7	0.9	1.1	0.4	1.9	1.2	1.4	0.6	2.1	0.4
Trastorno Negativista Desafiante	0.0	0.0	3.0	1.2	5.1	1.8	5.0	1.1	3.3	1.1	2.5	1.3	1.8	0.7	3.4	0.5
Síndrome Tensión Premenstrual	0.0	0.0	0.0	0.0	0.6	0.4	0.3	0.2	0.6	0.3	0.0	0.0	0.5	0.5	0.3	0.1
Trastorno Ansiedad por Separación	0.9	0.8	2.4	1.1	3.8	1.0	3.8	0.9	4.4	1.2	2.0	0.8	4.0	1.2	3.5	0.4
<b>Cualquier Trastorno</b>																
Cualquier Trastorno	42.0	9.9	36.7	3.5	43.6	3.9	44.4	2.5	36.1	2.9	31.6	4.7	41.1	4.2	39.6	1.5
Cualquier Trastorno Principal	39.0	9.6	31.9	3.0	41.1	3.9	40.3	2.3	34.0	2.7	28.5	4.3	40.0	4.1	36.6	1.4

## Prevalencia de trastornos mentales según estado civil

En la tabla 7 se describen las prevalencias de los trastornos mentales según estado civil. Se evidencia que en cualquier trastorno principal, la mayor prevalencia fue en personas separadas o viudas, con un 45,3% seguida de las solteras con un 36,%.

Igualmente cuando se observa la distribución por grupos diagnósticos, las mayores prevalencias se encontraron, a excepción de los trastornos de ansiedad de separación, en las personas separadas o viudas. Este hallazgo se corresponde con otros estudios realizados en el área, en los cuales se reportan mayores prevalencias de factores de riesgo de comportamiento en las personas que comparten esta condición 34,35.

En los trastornos del estado de ánimo y de ansiedad, las prevalencias más bajas se encontraron en personas casadas o en unión libre, con 15,1 y 18,5% respectivamente.

**Tabla 7. Prevalencia de vida de trastornos mentales según estado civil**

DIAGNOSTICO	ESTADO CIVIL							
	Casado / Unión Libre		Separado/Viu do/Divorciado		Soltero		TOTAL	
	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES
<b>Trastornos del Estado de Animo</b>								
Trastorno Depresivo Mayor	12.4	0.8	21.3	2.9	12.3	1.1	13.3	0.7
Trastorno Depresivo Menor	1.3	0.4	2.8	1.0	2.7	0.8	1.9	0.4
Trastorno Bipolar I (Manía)	2.3	0.4	1.5	0.6	2.6	0.6	2.3	0.3
Trastorno Bipolar II (Hipomanía)	0.4	0.2	0.0	0.0	0.2	0.1	0.3	0.1
Trastorno Distímico	0.8	0.3	1.0	0.6	0.6	0.2	0.8	0.2
Cualquier Trastorno Afectivo	15.1	1.0	24.3	3.1	16.3	1.5	16.5	0.9
<b>Trastornos de ansiedad</b>								
Trastorno de Angustia	1.2	0.3	1.4	1.6	1.2	0.4	1.3	0.2
Agorafobia sin Trastorno de Angustia	2.6	0.5	3.2	1.1	2.1	0.5	2.5	0.4
Fobia Social	4.5	0.5	5.3	1.3	6.1	1.0	5.1	0.5
Fobia Específica	12.6	0.9	12.6	2.5	12.4	1.7	12.5	0.8
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1.2	0.4	2.3	0.8	1.1	0.3	1.3	0.3
Trastorno de Estrés Postraumático	1.5	0.4	2.4	0.8	2.0	1.1	1.7	0.4
Cualquier Trastorno de Ansiedad	18.4	1.2	21.0	3.1	19.7	2.1	19.2	1.0
<b>Trastornos Relacionados con Sustancias</b>								
Abuso de Alcohol	7.1	0.9	8.3	2.5	6.1	1.0	6.9	0.6
Dependencia de Alcohol	2.2	0.5	2.8	1.6	2.8	0.6	2.4	0.4
Abuso de Drogas	0.5	0.2	1.3	0.8	1.7	0.5	1.0	0.2
Dependencia de Drogas	0.3	0.1	0.3	0.3	1.3	0.4	0.6	0.2
Dependencia de Nicotina	2.2	0.6	2.8	1.5	0.5	0.3	1.7	0.4
Cualquier Trastorno de Sustancias	11.3	1.1	12.9	3.0	10.1	0.4	11.1	0.8
<b>Otros Trastornos</b>								
Trastorno por Déficit de Atención	1.4	0.5	1.0	1.0	0.9	0.3	1.2	0.3
Anorexia Nerviosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad por Separación Adulto	7.6	0.8	7.6	1.8	8.5	1.5	7.9	0.7
Bulimia Nerviosa	0.0	0.0	0.4	0.4	0.9	0.4	0.3	0.1
Trastorno Disocial	1.7	0.4	0.6	0.6	2.9	0.7	2.1	0.4
Trastorno Negativista Desafiante	2.8	0.5	2.5	1.2	4.4	0.9	3.4	0.5
Síndrome Tensión Premenstrual	0.4	0.2	0.4	0.3	0.1	0.1	0.3	0.1
Trastorno Ansiedad por Separación	4.1	0.6	0.7	0.3	3.4	0.7	3.5	0.4
<b>Cualquier Trastorno</b>								
Cualquier Trastorno	38.5	1.7	47.8	4.7	38.6	2.9	39.6	1.5
Cualquier Trastorno Principal	35.7	1.6	45.3	4.6	35.3	2.7	36.6	1.4

## Prevalencia de trastornos mentales según condición laboral

Se puede apreciar en la tabla 8 que la mayor prevalencia de cualquier trastorno principal, se encontró en jubilados o pensionados (49,5%) seguido de las personas que manifestaban estar empleadas (38,6%).

En los grupos diagnósticos de cualquier trastorno de ansiedad y cualquier trastorno por sustancias, las personas jubiladas o pensionadas presentaron las mayores prevalencias, con un 36,1 y 17,8% respectivamente.

En el grupo diagnóstico de cualquier trastorno del estado de ánimo, la condición laboral en la categoría otros, fue la que presentó la mayor prevalencia (20,8%). En trastornos de ansiedad de separación se encontró en las personas que estudiaban (7,5%).

Las prevalencias más bajas según grupos diagnósticos fueron encontradas en la categoría diferentes condiciones laborales. En trastornos del estado de ánimo y trastornos de ansiedad correspondió a las personas empleadas (6,0%) y a los estudiantes (2,3%), respectivamente. En trastornos por sustancias, las amas de casa tuvieron las prevalencias más bajas (1,8%). No se presentaron trastornos de ansiedad de separación en las personas jubiladas o pensionadas.

**Tabla 8. Prevalencia de vida de trastornos mentales según condición laboral**

DIAGNOSTICO	CONDICION LABORAL											
	Ama de Casa		Empleado		Estudiante		Jubilado Pensionado		Otros		TOTAL	
	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES
<b>Trastornos del Estado de Animo</b>												
Trastorno Depresivo Mayor	13.8	1.6	12.7	1.0	10.4	2.9	12.8	4.7	17.4	2.2	13.3	0.7
Trastorno Depresivo Menor	2.2	0.7	1.7	0.4	1.5	0.9	3.4	2.2	2.3	1.3	1.9	0.4
Trastorno Bipolar I (Manía)	1.7	0.5	2.4	0.3	2.9	1.5	0.7	0.8	3.4	1.0	2.3	0.3
Trastorno Bipolar II (Hipomanía)	0.3	0.1	0.4	0.2	0.0	0.0	0.0	0.0	0.1	0.1	0.3	0.1
Trastorno Distimico	0.5	0.2	0.8	0.3	0.0	0.0	2.0	2.0	1.6	0.6	0.8	0.2
Cualquier Trastorno Afectivo	16.6	1.7	6.0	1.2	13.9	3.4	16.2	5.3	20.8	2.8	16.5	0.9
<b>Trastornos de ansiedad</b>												
Trastorno de Angustia	1.1	0.3	1.3	0.3	0.4	0.4	0.7	0.8	2.1	0.7	1.3	0.2
Agorafobia sin Trastorno de Angustia	3.9	1.1	1.7	0.4	1.6	0.9	5.2	4.1	3.5	1.0	2.5	0.4
Fobia Social	3.5	0.8	5.3	0.6	6.8	2.3	16.1	6.5	4.1	1.1	5.1	0.5
Fobia Especifica	13.3	1.3	12.2	1.1	7.3	2.3	21.1	6.4	14.1	2.4	12.5	0.8
Trastorno de Ansiedad Generalizada	0.7	0.3	1.5	0.3	1.6	0.8	2.4	2.3	1.1	0.5	1.3	0.3
Trastorno de Estrés Postraumático	3.2	1.6	1.3	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	2.1	1.7	0.4
Cualquier Trastorno de Ansiedad	20.3	2.1	18.5	1.3	12.3	3.4	36.1	8.8	20.7	2.6	19.2	1.0
<b>Trastornos Relacionados con Sustancias</b>												
Abuso de Alcohol	1.0	0.5	10.0	1.0	1.0	0.6	17.8	6.4	6.7	1.8	6.9	0.6
Dependencia de Alcohol	0.4	0.3	3.7	0.6	1.4	1.4	0.0	0.0	1.8	0.6	2.4	0.4

Abuso de Drogas	0.0	0.0	1.4	0.4	0.2	0.2	0.0	0.0	2.0	0.7	1.0	0.2
Dependencia de Drogas	0.0	0.0	0.9	0.3	0.0	0.0	0.0	0.0	1.4	0.7	0.6	0.2
Dependencia de Nicotina	0.4	0.2	1.9	0.6	0.1	0.1	4.1	4.1	4.1	2.4	1.7	0.4
Cualquier Trastorno de Sustancias	1.8	0.6	15.6	1.3	2.7	1.5	17.8	6.4	13.8	3.1	11.1	0.8
<b>Otros Trastornos</b>												
Trastorno por Déficit de Atención	0.7	0.3	1.3	0.4	0.7	0.5	0.0	0.0	2.3	1.0	1.2	0.3
Anorexia Nerviosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad por Separación Adulto	8.2	1.3	7.2	0.8	11.1	4.9	0.6	0.7	10.4	2.1	7.9	0.7
Bulimia Nerviosa	0.0	0.0	0.2	0.1	2.4	1.5	0.0	0.0	0.0	0.0	0.3	0.1
Trastorno Disocial	0.9	0.4	1.9	0.4	2.4	1.5	0.0	0.0	5.1	1.8	2.1	0.4
Trastorno Negativista Desafiante	2.4	0.6	3.6	0.7	1.5	0.7	0.0	0.0	6.2	1.9	3.4	0.5
Síndrome Tensión Premenstrual	0.3	0.2	0.4	0.2	0.0	0.0	0.8	0.9	0.0	0.0	0.3	0.1
Trastorno Ansiedad por Separación	4.4	0.9	3.1	0.5	7.5	2.1	0.0	0.0	1.4	0.6	3.5	0.4
<b>Cualquier Trastorno</b>												
Cualquier Trastorno	35.2	2.4	40.8	1.8	32.4	5.9	52.2	10.2	44.8	4.1	39.6	1.5
Cualquier Trastorno Principal	32.4	2.4	38.6	1.7	30.0	5.8	49.5	10.0	37.9	3.8	36.6	1.4

## Prevalencia de trastornos mentales según régimen de seguridad social en salud

La tabla 9 describe la distribución de las prevalencias de los trastornos mentales estudiados según régimen de seguridad social en salud. Se aprecia que la mayor prevalencia de cualquier trastorno principal, se encontró en personas con régimen subsidiado (39,4%); situación que fue igualmente presente en los grupos diagnósticos de trastornos de ansiedad (22,3%) y ansiedad de separación (4,4%).

En los grupos diagnósticos de trastornos del estado de ánimo y trastornos por sustancias, las mayores prevalencias fueron encontradas en personas sin régimen de seguridad social, con un 17,5 y 12,3%, respectivamente.

**Tabla 9. Prevalencia de vida de trastornos mentales según régimen afiliación al SGSSS**

DIAGNOSTICO	REGIMEN DE AFILIACION AL SGSSS							
	Contributivo		Subsidiado		No Afiliado		TOTAL	
	%	ES	%	ES	%	ES	%	ES
<b>Trastornos del Estado de Animo</b>								
Trastorno Depresivo Mayor	13.0	1.3	12.5	1.2	14.2	1.3	13.3	0.7
Trastorno Depresivo Menor	2.1	0.5	2.0	0.5	1.7	0.6	1.9	0.4
Trastorno Bipolar I (Manía)	2.1	0.4	2.1	0.5	2.7	0.6	2.3	0.3
Trastorno Bipolar II (Hipomanía)	0.5	0.3	0.1	0.1	0.3	0.2	0.3	0.1
Trastorno Distímico	0.7	0.3	0.6	0.2	1.0	0.4	0.8	0.2
Cualquier Trastorno Afectivo	16.5	1.5	15.2	1.3	17.5	1.6	16.5	0.9
<b>Trastornos de ansiedad</b>								
Trastorno de Angustia	1.4	0.5	1.5	0.4	1.0	0.3	1.3	0.2
Agorafobia sin Trastorno de Angustia	3.3	0.9	2.4	0.6	2.0	0.3	2.5	0.4

Fobia Social	6.1	0.9	5.3	0.9	4.2	0.7	5.1	0.5
Fobia Específica	13.0	1.2	13.7	1.8	11.3	1.1	12.5	0.8
Trastorno de Ansiedad Generalizada	1.1	0.4	1.6	0.7	1.1	0.3	1.3	0.3
Trastorno de Estrés Postraumático	1.8	0.6	1.3	1.1	0.7	0.2	1.7	0.4
Cualquier Trastorno de Ansiedad	19.7	1.6	22.3	2.2	16.4	1.3	19.2	1.0
<b>Trastornos Relacionados con Sustancias</b>								
Abuso de Alcohol	7.0	1.2	5.1	0.9	8.3	1.1	6.9	0.6
Dependencia de Alcohol	2.7	0.7	2.0	0.4	2.5	0.7	2.4	0.4
Abuso de Drogas	0.5	0.3	1.6	0.5	0.9	0.3	1.0	0.2
Dependencia de Drogas	0.5	0.2	0.9	0.3	0.5	0.2	0.6	0.2
Dependencia de Nicotina	2.5	1.2	1.6	0.9	1.1	0.5	1.7	0.4
Cualquier Trastorno de Sustancias	11.0	1.7	9.5	1.4	12.3	1.4	11.1	0.8
<b>Otros Trastornos</b>								
Trastorno por Déficit de Atención	1.3	0.7	1.4	0.4	1.0	0.4	1.2	0.3
Anorexia Nerviosa	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Ansiedad por Separación Adulto	8.3	1.2	9.4	1.4	6.6	1.0	7.9	0.7
Bulimia Nerviosa	0.4	0.3	0.6	0.4	0.1	0.1	0.3	0.1
Trastorno Disocial	2.2	0.8	2.9	0.7	1.5	0.4	2.1	0.4
Trastorno Negativista Desafiante	3.8	1.0	4.2	1.0	2.6	0.6	3.4	0.5
Síndrome Tensión Premenstrual	0.3	0.2	0.6	0.3	0.1	0.1	0.3	0.1
Trastorno Ansiedad por Separación	2.5	0.8	4.4	0.9	3.5	0.7	3.5	0.4
<b>Cualquier Trastorno</b>								
Cualquier Trastorno	40.3	2.4	42.9	2.8	36.5	2.5	39.6	1.5
Cualquier Trastorno Principal	37.2	2.4	39.4	2.8	34.0	2.1	36.6	1.4

### Frecuencia de uso de servicios de salud por trastornos mentales

La tabla 10 presenta el uso de servicios para la atención de los trastornos mentales en Colombia, entre aquellas personas que reportaron algún trastorno del DSM-IV en los últimos 12 meses.

**Tabla 10. Frecuencias de uso de servicios de salud por trastornos mentales.**

Servicio	Trastorno	Trastornos del Estado de ánimo	Trastornos de ansiedad	Trastorno control impulsos	Trastorno por sustancias	Cualquier trastorno
Psiquiatra		2.2	1.9	4.2	1.6	2.1
Especialista		9.5	6.3	6.2	3.7	6.2
Médico general		5.2	5.6	3.6	0.0	4.1
Servicios sociales		3.7	1.4	2.3	1.5	1.7
Medicina alternativa		3.5	3.9	1.1	1.2	2.5
Total frecuencia de uso		14.2	12.0	13.0	5.3	11.0
Total frecuencia de no uso		85.8	88.0	87.0	94.7	89.0

La frecuencia de uso de servicios de salud fluctuó entre el 5% para trastornos por sustancias al 14.2% para trastornos del estado de ánimo. Es decir, para ningún tipo de trastorno mental, el uso de servicios de salud superó el 15%. Entre un 85.5% y un 94.7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a algún servicio de salud.

Los trastornos de control de impulsos son los diagnósticos que generaron más uso de servicios psiquiátricos (4.2%), seguido por los trastornos del estado de ánimo (2.2%) y por los trastornos de ansiedad (1.9%). Se puede observar una tendencia general a que, para cada trastorno, el uso de servicios más frecuente es el de especialistas distintos al psiquiatra.

En el caso de la atención por psiquiatría, se observa cómo el porcentaje de uso de servicios para cualquier trastorno está entre 1.6 a 4.2%. Sin embargo, cuando se analiza el uso de psiquiatras según el número de trastornos mentales que sufra una persona, se encuentra que aquellas con tres o más trastornos, 5% (una de cada 20) recibieron atención psiquiátrica.

### Prevalencias de ideación, plan e intentos de suicidio

La prevalencia de vida de intento de suicidio para la población colombiana estudiada fue de 4.9% y en los 12 últimos meses, 1.3%. En la tabla 11 se describen las prevalencias de vida y de los últimos 12 meses de ideación, plan e intentos de suicidio. Se aprecia que la prevalencia de vida para ideación suicida fue de 12,3%, y las de plan e intento de 4,1 y 4.9% respectivamente. Llama la atención que la prevalencia de vida en los tres casos es un poco mayor en las mujeres, pero cuando se analiza en el último año, estas prevalencias son mayores en los hombres.

**Tabla 11. Prevalencia de comportamientos suicidas por sexo.**

Categorías	Masculino		Femenino		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es
<b>Prevalencia de vida</b>						
Ideación suicida	12.1	1.0	12.5	1.2	12.3	0.8
Plan suicida	3.8	0.5	4.9	0.4	4.6	0.4
Intento de suicidio	4.9	0.7	4.9	0.6	4.9	0.5
<b>Prevalencia 12 meses</b>						
Ideación suicida	4.0	0.7	3.1	0.5	3.5	0.4
Plan suicida	1.3	1.3	0.8	0.2	1.0	0.2
Intento de suicidio	1.7	1.7	0.9	0.2	1.3	0.2

Al discriminar por los grupos de edad (tabla 12), se evidencia que las mayores prevalencias de vida, tanto de ideación como de plan e intento suicida, se encuentra en el grupo de 30-44 años de edad y durante el último año la prevalencia de estas variables es mayor en personas más jóvenes (18 a 29 años de edad).

**Tabla 12. Prevalencia de comportamientos suicidas según edad.**

Categorías	18-29		30-44		45-64		+ 65		Total	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
<b>Prevalencia de vida</b>										
Ideación suicida	12.4	1.2	13.4	1.7	11.3	1.2	9.1	2.6	12.3	0.8
Plan suicida	3.8	0.6	5.0	0.9	3.7	1.0	1.5	0.8	4.1	0.4
Intento de suicidio	5.4	0.7	5.6	1.1	3.5	0.8	2.4	1.2	4.9	0.5
<b>Prevalencia de 12 meses</b>										
Ideación suicida	4.7	0.9	3.7	0.7	2.0	0.6	0.2	0.2	3.5	0.4
Plan suicida	1.5	0.3	0.6	0.2	0.7	0.3	0.8	0.6	1.0	0.2
Intento de suicidio	1.8	0.5	1.0	0.4	1.0	0.5	0.1	0.1	1.3	0.2



## Prevalencia de abuso y dependencia de sustancias

El análisis nos muestra que la prevalencia de vida de trastornos por sustancias es de 10.6%. El abuso de alcohol es el principal problema. La prevalencia de vida para alcohol es de 6.7%, lo que nos indica que uno de cada 15 colombianos abusa del alcohol. La diferencia por sexo es marcada, si tenemos en cuenta que uno de cada 10 hombres abusa del alcohol comparado con una de cada 80 mujeres.

Al abuso de alcohol le sigue en importancia la dependencia a esta sustancia (alcoholismo) con una prevalencia de 2.3%. Igual que el abuso, la dependencia al alcohol es 15 veces mayor en hombres que en mujeres. Le siguen en importancia la dependencia a la nicotina con una prevalencia de vida de 1.6%, siendo seis veces mayor en hombres que en mujeres (prevalencias de 2.9% y 0.5% respectivamente).

Por otro lado, una de cada 100 personas abusa de sustancias y aproximadamente una de cada 200 tiene dependencia a éstas. El problema global del consumo de sustancias psicoactivas se observa fundamentalmente en el sexo masculino: ocho de cada 40 hombres comparado con una de cada 40 mujeres. Cuando se analiza el uso de drogas, el de mayor prevalencia de vida es la marihuana con un 11.1%, seguida de la cocaína con 3.7% y tranquilizantes 2.6%.

Al analizar por grupos de edad el uso alguna vez en la vida de sustancia psicoactivas, se observa que tres de cada 20 personas entre los 18 y 29 años de edad, seis de cada 50 entre los 30 y 44 años de edad y siete de cada 50 entre los 45 y 59 años de edad han consumido drogas. En cuanto al abuso de drogas, este es mayor en el grupo de edad de 18 a 29 años (1.4%), disminuye a la mitad en el grupo de 30-44 años y se incrementa nuevamente en el grupo de 45-59 años.

Si se analiza simultáneamente abuso/dependencia tenemos que dos de cada 90 personas entre 18 y 29 años de edad tienen estos dos problemas y una de cada 70 de las personas entre 30 y 44 años y una de cada 90 entre los 45-59 años, suman requisitos para ambos diagnósticos. (ver tablas 13 a 17).

En cuanto a la atención recibida en los 12 últimos meses por diferentes tipos de profesionales de la salud, hallamos que uno de cada 100 consultó al psiquiatra, uno de cada 30 fue a otro especialista (psicólogo o psicoterapeuta o enfermera, trabajador social y orientador en escenarios de salud mental), uno de cada 250 consultó con médico general, cuatro de cada 100 recurrió a medicina alternativa.

**Tabla 13. Prevalencia de abuso y dependencia de sustancias según edad.**

Grupos de edad	Abuso alguna vez en la vida		Abuso últimos 12 meses		Dependencia alguna vez en la vida		Dependencia últimos 12 meses		Abuso/dependencia alguna vez en la vida		Abuso/dependencia últimos 12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
18-29	1.4	0.5	0.6	0.3	0.9	0.3	0.3	0.1	2.3	0.6	0.9	0.3
30-44	0.7	0.2	0.1	0.1	0.7	0.4	0.4	0.2	1.4	0.4	0.5	0.2
45-59	1.0	0.4	0.1	0.1	0.1	0.1	0.0	0.0	1.1	0.4	0.1	0.1
60+	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

**Tabla 14. Prevalencia de abuso y dependencia de sustancias en hombres según edad**

Grupos de edad	Hombres											
	Abuso alguna vez en la vida		Abuso últimos 12 meses		Dependencia alguna vez en la vida		Dependencia últimos 12 meses		Abuso/dependencia alguna vez en la vida		Abuso/dependencia últimos 12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
18-29	2.7	0.9	1.2	0.5	1.8	0.6	0.3	0.2	4.4	1.1	1.6	0.6
30-49	1.5	0.5	0.2	0.1	1.3	0.8	0.6	0.4	2.8	0.9	0.8	0.4
45-59	2.4	1.1	0.1	0.1	0.3	0.3	0.0	0.0	2.8	1.0	0.1	0.1
60+	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

**Tabla 15. Prevalencia de abuso y dependencia de sustancias en mujeres según edad**

Grupos de edad	Mujeres											
	Abuso alguna vez en la vida		Abuso últimos 12 meses		Dependencia alguna vez en la vida		Dependencia últimos 12 meses		Abuso/dependencia alguna vez en la vida		Abuso/dependencia últimos 12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
18-29	0.2	0.2	0.1	0.1	0.2	0.2	0.2	0.2	0.4	0.2	0.3	0.2
30-49	0.1	0.1	0.0	0.0	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3	0.3
45-59	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
60+	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0

**Tabla 16. Prevalencias de uso de sustancias por sexo.**

Tipo de droga	Hombre				Mujeres				Total			
	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
Marihuana	20.0	1.8	3.4	0.6	4.2	0.9	0.8	0.3	11.1	1.0	1.9	0.4
Cocaína	7.2	0.9	1.3	0.4	1.0	0.3	0.4	0.2	3.7	0.4	0.8	0.3
Tranquilizantes	4.2	1.2	1.7	1.1	1.3	0.4	0.9	0.4	2.6	0.6	1.2	0.5
Otra sustancia	1.6	0.4	0.2	0.1	0.2	0.1	0.1	0.1	0.8	0.2	0.1	0.1

**Tabla 17. Prevalencias de Uso de sustancias según edad.**

Grupos de edad	Hombre				Mujeres				Total			
	Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses		Alguna vez en la vida		Últimos 12 meses	
	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es	%	Es
18-29	22.7	3.7	9.4	3.7	8.0	1.8	4.0	1.3	15.0	1.9	6.6	1.9
30-44	20.3	2.7	3.3	0.8	5.1	1.5	0.8	0.3	11.6	1.5	1.9	0.5
45-59	29.7	5.1	3.3	1.5	4.6	1.4	1.0	0.6	14.4	2.5	1.9	0.6
60+	13.9	6.3	5.5	4.3	0.1	0.1	0.0	0.0	6.6	3.1	2.6	2.0

## 4.2. Factores correlacionados a trastornos mentales

Los análisis que se muestran a continuación se hicieron de forma separada para hombres y mujeres. No se evidenció colinearidad en las variables incorporadas para obtener las razones de disparidad u odds ratio ajustados (OR). Todos los intervalos de confianza (IC) se calcularon a un 95% de confianza.

### Trastornos del estado de animo

En las tablas 18 y 19 se evidencia que en los hombres la posibilidad de sufrir algún trastorno del estado de ánimo fue mayor a medida que se incrementaba el nivel de escolaridad; en personas separadas, divorciadas o viudas (OR 3.81; IC 1.88-7.34); fumadoras (OR 2.55; IC 1.47-4.43) o exfumadoras (OR 2.46; IC 1.54-3.94); con antecedentes de enfermedad mental (OR 5.80; IC 1.44-23.45); con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron (OR 5.67; IC 2.90-11.07); con antecedentes de comorbilidad física (OR 7.96; IC 5.00-12.67) y con antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave (OR 2.32; IC 1.05-5.09).

En las mismas tablas se observan asociaciones marginales<sup>3</sup> con las siguientes variables: edad (el grupo de 30-44 y 45-59 años de edad tienen menor posibilidad de sufrir algún trastorno del estado de ánimo); lo mismo sucede con la tenencia de seguro de salud. En cuanto al nivel de urbanización del sitio de crianza, se observó que aunque en los dos primeros estratos no hay asociación, en el último ésta es marginal y hay una tendencia, que muestra que a menor nivel de urbanización menor posibilidad de sufrir un trastorno del afecto.

---

<sup>3</sup> Las asociaciones marginales son aquellas en las cuales la probabilidad de ocurrencia del evento está entre 5 y 10%.

**Tabla 18.** Razones de disparidad de tener un trastorno del ánimo en adultos **HOMBRES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en la totalidad de la muestra)

<b>Variables independientes</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Grupos de edad en años</b>				
18-29	1,00		1,00	
30-44	0.65	0.41 - 1.05	0.67	0.43 - 1.04
45-59	0.67	0.40 - 1.15	0.55	0.27 - 1.11
60-65	0.71	0.32 - 1.60	0.78	0.32 - 1.90
<b>Años de escolaridad</b>				
Menos de 5 años	1,00		1,00	
6 a 11 años	1.66	1.05 - 2.62	1.70	1.01 - 2.86
12 o más años	2.67	1.56 - 4.57	2.43	1.37 - 4.34
<b>Estado civil</b>				
Casado o unión libre	1,00		1,00	
Separado, divorciado o viudo	3.29	1.68 - 6.47	3.81	1.88 - 7.34
Soltero	1.40	0.91 - 1.81	1.04	0.68 - 1.59
<b>Consumo de tabaco</b>				
Nunca haber sido fumador	1,00		1,00	
Exfumador	2.01	1.24 - 3.24	2.55	1.47 - 4.43
Fumador actual	2.60	1.53 - 4.41	2.46	1.54 - 3.94
<b>Antecedentes personales de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,0	
Si	4.74	0.80 - 28.02	5.8	1.44 - 23.45
<b>Haber tenido que cuidar a otra persona enferma</b>				
No	1,00		1,00	
Si	0.84	0.40 - 1.79	1.04	0.47 - 2.30
<b>Conflictos en la infancia con las personas que lo criaron</b>				
No	1,00		1,0	
Si	6.08	2.78 - 13.30	5.67	2.90 - 11.07

IC: intervalo de confianza del 95%

† Razones de disparidad ajustadas por sexo, grupos de edad, escolaridad, estado civil y consumo de tabaco, antecedentes personales de enfermedad mental, haber tenido que cuidar una persona, conflicto en la infancia con las personas que lo criaron

**Tabla 19.** Razones de disparidad de tener un trastorno del ánimo en adultos **HOMBRES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en una submuestra)

<b>Variables independientes</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Tener cobertura en seguridad social en salud</b>				
No	1,00		1,00	
Si	0.34	0.14 - 0.86	0.45	0.17 - 1.17
<b>Nivel de ingreso económico individual</b>				
Bajo	1,00		1,00	
Bajo promedio	1.82	0.85 - 3.87	1.52	0.79 - 2.92
Alto promedio	0.63	0.28 - 1.40	0.48	0.22 - 1.04
Alto	2.32	1.24 - 4.31	1.81	0.91 - 3.60
<b>Religión a la que pertenece</b>				
Católico	1,00		1,00	
Protestante	1.18	0.32 - 4.40	1.33	0.34 - 5.16
Sin afiliación religiosa	1.45	0.18 - 11.64	1.54	0.22 - 10.84
<b>Se apoya en la religión para resolver problemas graves</b>				
A menudo	1,00		1,00	
Algunas veces	0.62	0.35 - 1.08	0.78	0.43 - 1.42
Raras veces	0.91	0.40 - 2.11	0.71	0.36 - 1.40
<b>Nivel de urbanización del sitio de crianza</b>				
Ciudad grande	1,00		1,00	
Ciudad intermedia	0.71	0.33 - 1.50	0.87	0.43 - 1.76
Pueblo	0.84	0.42 - 1.69	0.85	0.48 - 1.50
Area rural	0.35	0.14 - 0.85	0.35	0.12 - 1.04
<b>Recibe apoyo de parientes cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	1.44	0.69 - 3.00	1.57	0.80 - 3.04
Poco	1.01	0.47 - 2.18	1.04	0.51 - 2.11
Nunca	1.30	0.65 - 2.60	1.72	0.85 - 3.48
<b>Recibe apoyo de amigos cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	0.63	0.31 - 1.24	0.83	0.42 - 1.64
Poco	0.95	0.42 - 2.13	1.17	0.56 - 2.48
Nunca	0.60	0.25 - 1.43	0.85	0.40 - 1.85
<b>Número de hijos biológicos o adoptados a su cargo</b>				
Ninguno	1,00		1,00	
1 a 2	0.91	0.44 - 1.88	1.20	0.53 - 2.70
3 o más	0.85	0.47 - 1.54	1.69	0.63 - 4.50
<b>Antecedentes familiares de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,00	
Si	0.85	0.36 - 1.96	1.09	0.38 - 3.14
<b>Antecedentes de comorbilidad física</b>				
No	1,00		1,00	
Si	8.89	5.61 - 14.09	7.96	5.00 - 12.67
<b>Experiencias situacionales graves</b>				
No	1,00		1,00	
Si	2.86	1.26 - 6.48	2.32	1.05 - 5.09

IC: intervalo de confianza del 95%

† Razones de disparidad ajustadas por sexo, grupos de edad, escolaridad, estado civil y consumo de tabaco, antecedentes

En las tablas 20 y 21 muestra que en las mujeres la posibilidad de sufrir algún trastorno del afecto fue mayor en personas separadas, divorciadas o viudas (OR 1.77; IC 1.23-2.54); fumadoras (OR 1.68; IC 1.08-2.61) (no en las exfumadoras); con antecedentes de enfermedad mental (OR 21.31; IC 9.50-47.80); con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron (OR 5.65; IC 2.98-10.68); con antecedentes de comorbilidad física (OR 13.60; IC 9.43-19.63) y con antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave (OR 1.98; IC 1.16-3.38). Además, se encontró menor posibilidad de sufrir algún trastorno del afecto en mujeres con seguro de salud (OR: 0.32; IC 0.11-0.90).

En las mismas tablas se observa una asociación marginal positiva que sugiere una mayor posibilidad de relación con antecedentes familiares de enfermedad mental (OR 1.47; IC 0.75-2.88).

**Tabla 20.** Razones de disparidad de tener un trastorno del ánimo en adultos **MUJERES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en la totalidad de la muestra)

<b>Variables independientes</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Grupos de edad en años</b>				
18-29	1,00		1,00	
30-44	1.07	0.66 - 1.75	1.03	0.67 - 1.58
45-59	0.89	0.46 - 1.40	0.82	0.52 - 1.30
60-65	0.68	0.36 - 1.28	0.68	0.36 - 1.28
<b>Años de escolaridad</b>				
Menos de 5 años	1,00		1,00	
6 a 11 años	1.06	1.05 - 2.62	0.95	0.68 - 1.33
12 o más años	1.09	1.56 - 4.57	1.11	0.68 - 1.33
<b>Estado civil</b>				
Casado o unión libre	1,00		1,00	
Separado, divorciado o viudo	1.47	1.00 - 2.17	1.77	1.23 - 2.54
Soltero	1.24	0.77 - 2.00	1.32	0.90 - 1.93
<b>Consumo de tabaco</b>				
Nunca haber sido fumador	1,00		1,00	
Exfumador	1.34	0.81 - 2.21	1.16	0.69 - 1.95
Fumador actual	1.65	1.07 - 2.54	1.68	1.08 - 2.61
<b>Antecedentes personales de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,0	
Si	19.46	8.45 - 43.77	21.31	9.50 - 47.80
<b>Haber tenido que cuidar a otra persona enferma</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.26	0.76 - 2.00	1.11	0.68 - 1.81
<b>Conflictos en la infancia con las personas que lo criaron</b>				
No	1,00		1,0	
Si	5.06	2.81 - 9.12	5.65	2.98 - 10.68

IC: intervalo de confianza del 95%

† Razones de disparidad ajustadas por sexo, grupos de edad, escolaridad, estado civil y consumo de tabaco, antecedentes personales de enfermedad mental, haber tenido que cuidar una persona, conflicto en la infancia con las personas que lo criaron

**Tabla 21.** Razones de disparidad de tener un trastorno del ánimo en adultos MUJERES. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en una submuestra)

<b>Variables independientes</b>	<b>Razones de disparidad no ajustadas</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Razones de disparidad ajustadas †</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Tener cobertura en seguridad social en salud</b>				
No	1,00		1,00	
Si	0.38	0.14 - 0.86	0.32	0.11 - 0.90
<b>Nivel de ingreso económico individual</b>				
Bajo	1,00		1,00	
Bajo promedio	1.03	0.59 - 1.80	0.96	0.53 - 1.72
Alto promedio	1.31	0.73 - 2.40	1.37	0.72 - 2.59
Alto	0.93	0.48 - 1.82	0.82	0.37 - 1.80
<b>Religión a la que pertenece</b>				
Católico	1,00		1,00	
Protestante	0.63	0.20 - 1.90	0.53	0.14 - 2.01
Sin afiliación religiosa	2.10	0.25 - 17.28	2.94	0.21 - 39.88
<b>Se apoya en la religión para resolver problemas graves</b>				
A menudo	1,00		1,00	
Algunas veces	0.96	0.62 - 1.47	1.06	0.70 - 1.60
Raras veces	0.84	0.47 - 1.48	0.94	0.50 - 1.75
<b>Nivel de urbanización del sitio de crianza</b>				
Ciudad grande	1,00		1,00	
Ciudad intermedia	0.60	0.35 - 1.01	0.62	0.34 - 1.11
Pueblo	0.92	0.51 - 1.65	0.79	0.48 - 1.27
Area rural	1.31	0.66 - 2.59	1.28	0.60 - 2.96
<b>Recibe apoyo de parientes cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	0.90	0.52 - 1.57	0.80	0.47 - 1.38
Poco	1.33	0.73 - 2.44	1.01	0.53 - 1.93
Nunca	1.57	0.81 - 3.02	1.26	0.74 - 2.13
<b>Recibe apoyo de amigos cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	1.42	0.75 - 2.70	1.33	0.63 - 2.80
Poco	1.25	0.71 - 2.22	1.15	0.62 - 2.14
Nunca	1.43	0.82 - 2.48	1.14	0.65 - 2.02
<b>Número de hijos biológicos o adoptados a su cargo</b>				
Ninguno	1,00		1,00	
1 a 2	1.12	0.54 - 2.30	1.11	0.53 - 2.33
3 o más	1.07	0.55 - 2.10	1.23	0.57 - 2.63
<b>Antecedentes familiares de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.45	0.87 - 2.40	1.47	0.75 - 2.88
<b>Antecedentes de comorbilidad física</b>				
No	1,00		1,00	
Si	14.71	10.31 - 21.00	13.60	9.43 - 19.63
<b>Experiencias situacionales graves</b>				
No	1,00		1,00	



## **Trastornos de ansiedad**

En las tabla 22 y 23 se evidencia que en los hombres la posibilidad de sufrir algún trastorno de ansiedad fue mayor en personas fumadoras (OR 2.35; IC 1.55-3.57) o exfumadoras (OR 1.52; IC 0.97-2.40); con antecedentes de enfermedad mental (OR 4.86; IC 1.08-21.78); con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron (OR 5.57; IC 3.03-10.26); con el nivel de ingreso más alto (OR 2.26; IC 1.17-4.37); y con antecedentes de comorbilidad física (OR 8.60; IC 5.65-13.11).

En las mismas tablas se observan asociaciones marginales con las siguientes variables: antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave (OR 1.81; IC 0.94-3.48). En cuanto al nivel de urbanización del sitio de crianza, se observó que aunque en los dos primeros estratos no hay asociación, en el último ésta es marginal y hay un tendencia en la cual a menor nivel de urbanización menor posibilidad de sufrir un trastorno de ansiedad.

**Tabla 22.** Razones de disparidad de tener un trastorno de ansiedad en adultos **HOMBRES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en la totalidad de la muestra)

<b>Variables independientes</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Grupos de edad en años</b>				
18-29	1,00		1,00	
30-44	1.05	0.74 - 1.48	1.23	0.87 - 2.08
45-59	0.95	0.56 - 1.59	1.35	0.54 - 2.82
60-65	0.89	0.47 - 1.67	1.44	0.68 - 3.07
<b>Años de escolaridad</b>				
Menos de 5 años	1,00		1,00	
6 a 11 años	1.19	1.84 - 1.70	1.21	0.81 - 1.81
12 o más años	1.23	0.73 - 1.73	1.03	0.64 - 1.66
<b>Estado civil</b>				
Casado o unión libre	1,00		1,00	
Separado, divorciado o viudo	1.26	0.73 - 2.15	1.19	0.67 - 2.14
Soltero	1.30	0.89 - 1.89	1.52	0.89 - 2.61
<b>Consumo de tabaco</b>				
Nunca haber sido fumador	1,00		1,00	
Exfumador	1.43	0.96 - 2.13	1.52	0.97 - 2.40
Fumador actual	2.28	1.53 - 3.40	2.35	1.55 - 3.57
<b>Antecedentes personales de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,0	
Si	3.87	0.68 - 22.14	4.86	1.08 - 21.78
<b>Haber tenido que cuidar a otra persona enferma</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.08	0.62 - 1.85	1.21	0.70 - 2.09
<b>Conflictos en la infancia con las personas que lo criaron</b>				
No	1,00		1,0	
Si	5.28	2.88 - 9.68	5.57	3.03 - 10.26

IC: intervalo de confianza del 95%

† Razones de disparidad ajustadas por sexo, grupos de edad, escolaridad, estado civil y consumo de tabaco, antecedentes personales de enfermedad mental, haber tenido que cuidar una persona, conflicto en la infancia con las personas que lo criaron

**Tabla 23.** Razones de disparidad de tener un trastorno de ansiedad en adultos **HOMBRES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en una submuestra)

<b>Variables independientes</b>	<b>Razones de disparidad no ajustadas</b>	<b>IC 95%</b>	<b>Razones de disparidad ajustadas †</b>	<b>IC 95%</b>
<b>Tener cobertura en seguridad social en salud</b>				
No	1,00		1,00	
Si	0.46	0.21 - 1.01	0.54	0.24 - 1.24
<b>Nivel de ingreso económico individual</b>				
Bajo	1,00		1,00	
Bajo promedio	1.52	0.84 - 2.74	1.44	0.79 - 2.60
Alto promedio	0.81	0.39 - 1.67	0.74	0.39 - 1.38
Alto	1.92	1.07 - 3.43	2.26	1.17 - 4.37
<b>Religión a la que pertenece</b>				
Católico	1,00		1,00	
Protestante	0.65	0.32 - 1.29	0.71	0.36 - 1.42
Sin afiliación religiosa	0.45	0.14 - 1.42	0.44	0.12 - 1.58
<b>Se apoya en la religión para resolver problemas graves</b>				
A menudo	1,00		1,00	
Algunas veces	0.52	0.31 - 0.85	0.52	0.30 - 0.89
Raras veces	0.63	0.30 - 1.33	0.52	0.26 - 1.04
<b>Nivel de urbanización del sitio de crianza</b>				
Ciudad grande	1,00		1,00	
Ciudad intermedia	0.86	0.43 - 1.70	1.16	0.60 - 2.26
Pueblo	0.77	0.42 - 1.40	0.79	0.47 - 1.33
Area rural	0.48	0.22 - 1.06	0.40	0.18 - 0.90
<b>Recibe apoyo de parientes cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	2.04	1.07 - 3.92	1.81	0.97 - 3.42
Poco	1.37	0.71 - 2.65	1.29	0.68 - 2.43
Nunca	1.33	0.72 - 2.47	1.09	0.60 - 2.00
<b>Recibe apoyo de amigos cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	1.02	0.57 - 1.80	0.96	0.54 - 1.73
Poco	1.47	0.77 - 2.82	1.57	0.81 - 3.06
Nunca	1.11	0.47 - 2.60	1.10	0.50 - 2.42
<b>Número de hijos biológicos o adoptados a su cargo</b>				
Ninguno	1,00		1,00	
1 a 2	0.88	0.45 - 1.71	0.83	0.36 - 2.00
3 o más	0.94	0.55 - 1.60	0.99	0.37 - 2.67
<b>Antecedentes familiares de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.01	0.52 - 1.95	1.04	0.45 - 2.42
<b>Antecedentes de comorbilidad física</b>				
No	1,00		1,00	
Si	9.67	6.53 - 14.34	8.60	5.65 - 13.11
<b>Experiencias situacionales graves</b>				
No	1,00		1,00	

En las tablas 24 y 25 se evidencia que en las mujeres la posibilidad de sufrir algún trastorno de ansiedad fue mayor en personas con antecedentes de enfermedad mental (OR 16.07; IC 7.58-34.09); con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron (OR 3.53; IC 2.43-5.13); con antecedentes de comorbilidad física (OR:7.03; IC 5.37-9.21) y antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave (OR 1.65; IC 1.05-2.58).

En las mismas tablas se observan asociaciones marginales con las siguientes variables: en cuanto al nivel de urbanización del sitio de crianza, se observó, en primer lugar una asociación en sentido inverso a la encontrada en los hombres. En segundo lugar, aunque en los dos primeros estratos no hay asociación, en el último ésta asociación es real mostrando una tendencia en la cual a menor nivel de urbanización mayor posibilidad de sufrir un trastorno de ansiedad.

**Tabla 24.** Razones de disparidad de tener un trastorno de ansiedad en adultos **MUJERES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en la totalidad de la muestra)

<b>Variables independientes</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Grupos de edad en años</b>				
18-29	1,00		1,00	
30-44	1.04	0.80 - 1.36	1,00	0.71 - 1.41
45-59	0.94	0.70 - 1.27	0.86	0.61 - 1.21
60-65	0.69	0.45 - 1.07	0.60	0.37 - 0.98
<b>Años de escolaridad</b>				
Menos de 5 años	1,00		1,00	
6 a 11 años	0.87	0.69 - 1.10	0.80	0.63 - 1.03
12 o más años	0.80	1.56 - 4.57	0.79	0.54 - 1.16
<b>Estado civil</b>				
Casado o unión libre	1,00		1,00	
Separado, divorciado o viudo	1.11	0.82 - 1.51	1.28	0.92 - 1.78
Soltero	1.02	0.76 - 1.36	1.14	0.82 - 1.58
<b>Consumo de tabaco</b>				
Nunca haber sido fumador	1,00		1,00	
Exfumador	1.42	0.96 - 2.09	1.28	0.83 - 1.97
Fumador actual	1.21	0.87 - 1.69	1.13	0.81 - 1.59
<b>Antecedentes personales de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,0	
Si	16.42	7.78 - 34.66	16.07	7.58 - 34.09
<b>Haber tenido que cuidar a otra persona enferma</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.32	0.91 - 1.91	1.30	0.89 - 1.88
<b>Conflictos en la infancia con las personas que lo criaron</b>				
No	1,00		1,0	
Si	3.49	2.42 - 5.04	3.53	2.43 - 5.13

IC: intervalo de confianza del 95%

† Razones de disparidad ajustadas por sexo, grupos de edad, escolaridad, estado civil y consumo de tabaco, antecedentes personales de enfermedad mental, haber tenido que cuidar una persona, conflicto en la infancia con las personas que lo criaron

**Tabla 25.** Razones de disparidad de tener un trastorno del afecto en adultos **MUJERES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en una submuestra)

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Tener cobertura en seguridad social en salud</b>				
No	1,00		1,00	
Si	0.92	0.14 - 0.86	0.73	0.38 - 1.42
<b>Nivel de ingreso económico individual</b>				
Bajo	1,00		1,00	
Bajo promedio	1.20	0.78 - 1.84	1.17	0.76 - 1.80
Alto promedio	1.34	0.85 - 2.11	1.34	0.85 - 2.12
Alto	0.69	0.44 - 1.08	0.88	0.54 - 1.42
<b>Religión a la que pertenece</b>				
Católico	1,00		1,00	
Protestante	0.80	0.43 - 1.49	0.83	0.47 - 1.44
Sin afiliación religiosa	1.51	0.52 - 4.38	1.63	0.56 - 4.77
<b>Se apoya en la religión para resolver problemas graves</b>				
A menudo	1,00		1,00	
Algunas veces	1.16	0.81 - 1.67	1.10	0.76 - 1.58
Raras veces	0.98	0.60 - 1.60	0.98	0.58 - 1.65
<b>Nivel de urbanización del sitio de crianza</b>				
Ciudad grande	1,00		1,00	
Ciudad intermedia	1.09	0.70 - 1.68	1.22	0.77 - 1.93
Pueblo	1.24	0.83 - 1.87	1.26	0.84 - 1.89
Area rural	2.38	1.30 - 4.38	2.25	1.21 - 4.19
<b>Recibe apoyo de parientes cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	1.08	0.70 - 1.70	0.93	0.60 - 1.45
Poco	1.36	0.84 - 2.19	1.12	0.68 - 1.84
Nunca	1.38	0.90 - 2.08	1.25	0.81 - 1.93
<b>Recibe apoyo de amigos cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	1.23	0.75 - 2.02	1.08	0.67 - 1.75
Poco	1.40	0.81 - 2.42	1.28	0.71 - 2.31
Nunca	1.40	0.90 - 2.15	1.10	0.70 - 1.75
<b>Número de hijos biológicos o adoptados a su cargo</b>				
Ninguno	1,00		1,00	
1 a 2	1.44	0.94 - 2.21	1.30	0.71 - 2.35
3 o más	1.19	0.78 - 1.82	1.03	0.55 - 1.92
<b>Antecedentes familiares de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.32	0.88 - 1.99	1.11	0.66 - 1.89
<b>Antecedentes de comorbilidad física</b>				
No	1,00		1,00	
Si	7.66	5.80 - 10.12	7.03	5.37 - 9.21
<b>Experiencias situacionales graves</b>				

## **Abuso de alcohol**

En las tablas 26 y 27 se evidencia que en los hombres la posibilidad de sufrir trastorno por abuso de alcohol fue mayor en personas fumadoras (OR 2.92; IC 1.81-4.71) o exfumadoras (OR 2.73; IC 1.68-4.42); con antecedentes de enfermedad mental (OR 4.87; IC 1.10-21.61); con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron (OR 3.66; IC 1.72-7.81); con el nivel de ingreso más alto (OR 2.22; IC 1.11-4.45); con antecedentes de comorbilidad física (OR 10.19; IC 6.61-15.71) y con antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave (OR 3.33; IC 1.29-8.57).

En las mismas tablas se observan asociaciones marginales positivas con las siguientes variables: ser separado, divorciado o viudo (OR 1.81; IC 0.94-3.48); y negativas (menor posibilidad) con tenencia de seguro de salud (OR 0.46; IC 0.18-1.14) y grado en el cual se apoya en la religión ante problemas. En este último caso, aunque los dos primeros estratos no muestran asociación o ésta es marginal, el último estrato sí muestra una asociación significativa y hay una tendencia en la cual a menor grado de soporte buscado en la religión menor posibilidad de sufrir un trastorno por abuso de alcohol.

**Tabla 26.** Razones de disparidad de tener un trastorno de abuso de alcohol en adultos **HOMBRES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en la totalidad de la muestra)

<b>Variables independientes</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Grupos de edad en años</b>				
18-29	1,00		1,00	
30-44	1.24	0.78 - 1.98	1.27	0.80 - 2.04
45-59	1.01	0.60 - 1.70	0.80	0.44 - 1.46
60-65	1.02	0.47 - 2.21	1.04	0.46 - 2.35
<b>Años de escolaridad</b>				
Menos de 5 años	1,00		1,00	
6 a 11 años	0.91	0.62 - 1.36	0.92	0.60 - 1.42
12 o más años	1.17	0.68 - 2.00	1.24	0.69 - 2.22
<b>Estado civil</b>				
Casado o unión libre	1,00		1,00	
Separado, divorciado o viudo	1.54	1.77 - 3.09	1.74	0.80 - 3.79
Soltero	1.13	0.74 - 1.71	1.23	0.78 - 1.94
<b>Consumo de tabaco</b>				
Nunca haber sido fumador	1,00		1,00	
Exfumador	2.26	1.44 - 3.54	2.73	1.68 - 4.42
Fumador actual	2.88	1.76 - 4.66	2.92	1.81 - 4.71
<b>Antecedentes personales de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,0	
Si	3.37	0.57 - 19.93	4.87	1.10 - 21.61
<b>Haber tenido que cuidar a otra persona enferma</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.22	0.64 - 2.37	1.34	0.65 - 2.77
<b>Conflictos en la infancia con las personas que lo criaron</b>				
No	1,00		1,0	
Si	4.04	1.85 - 8.79	3.66	1.72 - 7.81

IC: intervalo de confianza del 95%

† Razones de disparidad ajustadas por sexo, grupos de edad, escolaridad, estado civil y consumo de tabaco, antecedentes personales de enfermedad mental, haber tenido que cuidar una persona, conflicto en la infancia con las personas que lo criaron



**Tabla 27.** Razones de disparidad de tener un trastorno de abuso de alcohol en adultos **HOMBRES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en una submuestra)

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Tener cobertura en seguridad social en salud</b>				
No	1,00		1,00	
Si	0.37	0.15 - 0.94	0.46	0.18 - 1.14
<b>Nivel de ingreso económico individual</b>				
Bajo	1,00		1,00	
Bajo promedio	1.67	0.80 - 3.49	1.49	0.73 - 3.02
Alto promedio	1,00	0.44 - 2.45	0.84	0.41 - 1.71
Alto	2.20	1.19 - 4.07	2.22	1.11 - 4.45
<b>Religión a la que pertenece</b>				
Católico	1,00		1,00	
Protestante	0.70	0.31 - 1.58	0.77	0.34 - 1.77
Sin afiliación religiosa	1.28	0.41 - 4.03	1.31	0.40 - 4.30
<b>Se apoya en la religión para resolver problemas graves</b>				
A menudo	1,00		1,00	
Algunas veces	0.66	0.39 - 1.13	0.64	0.36 - 1.16
Raras veces	0.63	0.28 - 1.42	0.47	0.23 - 0.94
<b>Nivel de urbanización del sitio de crianza</b>				
Ciudad grande	1,00		1,00	
Ciudad intermedia	1.03	0.48 - 2.20	1.14	0.55 - 2.34
Pueblo	0.98	0.50 - 1.92	1.10	0.61 - 2.00
Area rural	0.81	0.35 - 1.86	0.64	0.27 - 1.53
<b>Recibe apoyo de parientes cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	1.52	0.75 - 3.08	1.13	0.59 - 2.16
Poco	0.69	0.32 - 1.51	0.61	0.30 - 1.24
Nunca	1.21	0.62 - 2.36	1,00	0.51 - 1.95
<b>Recibe apoyo de amigos cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	0.76	0.40 - 1.46	0.70	0.36 - 1.38
Poco	0.67	0.30 - 1.45	0.54	0.23 - 1.23
Nunca	0.89	0.37 - 2.15	0.74	0.34 - 1.58
<b>Número de hijos biológicos o adoptados a su cargo</b>				
Ninguno	1,00		1,00	
1 a 2	1.23	0.60 - 2.54	1.39	0.55 - 3.49
3 o más	1.20	0.66 - 2.15	1.72	0.59 - 5.02
<b>Antecedentes familiares de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.27	0.58 - 2.76	1.49	0.59 - 3.73
<b>Antecedentes de comorbilidad física</b>				
No	1,00		1,00	
Si	11.45	7.44 - 17.62	10.19	6.61 - 15.71
<b>Experiencias situacionales graves</b>				

En las tablas 28 y 29 se evidencia que en las mujeres la posibilidad de sufrir trastorno de abuso de alcohol fue mayor en personas separadas, divorciadas o viudas (OR 3.67; IC 1.63-8.25); fumadoras (OR 4.64; IC 1.99-10.81) o exfumadoras (OR 5.15; IC 2.18-12.15); con antecedentes de enfermedad mental (OR 20.40; IC 7.16-58.14); con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron (OR 3.44; IC 1.56-7.57); con antecedentes de comorbilidad física (OR 8.35; IC 4.19-16.65) y con antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave (OR 3.66; IC 1.12-11.89).

En las mismas tablas se observan asociaciones marginales negativas con las siguientes variables: a mayor edad menor posibilidad de sufrir trastorno por abuso de alcohol; aunque los dos primeros estratos tienen una asociación marginal, el último es significativo. Con respecto a la escolaridad se encuentra que las mujeres con niveles de educación de 12 años o más tienen una menor posibilidad de sufrir de este trastorno (OR 0.43; IC 0.18-1.07).

**Tabla 28.** Razones de disparidad de tener un trastorno de abuso de alcohol en adultos **MUJERES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en la totalidad de la muestra)

<b>Variables independientes</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Grupos de edad en años</b>				
18-29	1,00		1,00	
30-44	1.48	0.76 - 2.90	1.03	0.48 - 2.24
45-59	1.16	0.46 - 2.90	0.39	0.13 - 1.18
60-65	0.39	0.08 - 1.80	0.14	0.03 - 0.78
<b>Años de escolaridad</b>				
Menos de 5 años	1,00		1,00	
6 a 11 años	1.05	0.54 - 2.04	1.02	0.48 - 2.20
12 o más años	0.43	0.18 - 1.04	0.43	0.18 - 1.07
<b>Estado civil</b>				
Casado o unión libre	1,00		1,00	
Separado, divorciado o viudo	2.59	1.20 - 5.60	3.67	1.63 - 8.25
Soltero	0.94	0.47 - 1.88	1.12	0.52 - 2.41
<b>Consumo de tabaco</b>				
Nunca haber sido fumador	1,00		1,00	
Exfumador	5.03	2.41 - 10.50	5.15	2.18 - 12.15
Fumador actual	5.37	2.62 - 10.99	4.64	1.99 - 10.81
<b>Antecedentes personales de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,0	
Si	27.49	9.99 - 75.60	20.40	7.16 - 58.14
<b>Haber tenido que cuidar a otra persona enferma</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.85	0.84 - 4.05	1.46	0.62 - 3.41
<b>Conflictos en la infancia con las personas que lo criaron</b>				
No	1,00		1,0	
Si	4.25	2.05 - 8.84	3.44	1.56 - 7.57

IC: intervalo de confianza del 95%

† Razones de disparidad ajustadas por sexo, grupos de edad, escolaridad, estado civil y consumo de tabaco, antecedentes personales de enfermedad mental, haber tenido que cuidar una persona, conflicto en la infancia con las personas que lo criaron

**Tabla 29.** Razones de disparidad de tener un trastorno de abuso de alcohol en adultos **MUJERES**. Estudio Nacional de Salud Mental. Colombia 2003. (Análisis realizado en una submuestra)

<b>VARIABLES INDEPENDIENTES</b>	Razones de disparidad no ajustadas	IC 95%	Razones de disparidad ajustadas †	IC 95%
<b>Tener cobertura en seguridad social en salud</b>				
No	1,00		1,00	
Si	0.77	0.28 - 2.11	0.59	0.18 - 1.95
<b>Nivel de ingreso económico individual</b>				
Bajo	1,00		1,00	
Bajo promedio	2.03	0.80 - 5.17	1.41	0.46 - 4.37
Alto promedio	2.27	0.87 - 5.96	1.69	0.61 - 4.68
Alto	0.79	0.27 - 2.34	0.71	0.17 - 2.92
<b>Religión a la que pertenece</b>				
Católico	1,00		1,00	
Protestante	0.75	0.09 - 6.38	0.31	0.05 - 1.95
Sin afiliación religiosa	3.90	0.44 - 34.68	1.84	0.24 - 14.26
<b>Se apoya en la religión para resolver problemas graves</b>				
A menudo	1,00		1,00	
Algunas veces	0.76	0.34 - 1.73	0.66	0.27 - 1.64
Raras veces	1.53	0.54 - 4.34	1.91	0.51 - 7.11
<b>Nivel de urbanización del sitio de crianza</b>				
Ciudad grande	1,00		1,00	
Ciudad intermedia	0.86	0.37 - 2.02	1,00	0.36 - 2.74
Pueblo	0.72	0.30 - 1.73	1.30	0.48 - 3.56
Area rural	1.26	0.29 - 5.43	1.60	0.20 - 12.65
<b>Recibe apoyo de parientes cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	1.29	0.56 - 2.96	0.58	0.18 - 1.94
Poco	0.39	0.10 - 1.47	0.14	0.02 - 1.19
Nunca	0.78	0.30 - 2.04	0.35	0.09 - 1.27
<b>Recibe apoyo de amigos cuando tiene problemas</b>				
Mucho	1,00		1,00	
Algo	1.70	0.64 - 4.52	2.52	0.77 - 8.28
Poco	1.26	0.33 - 4.84	1.24	0.21 - 7.22
Nunca	1.94	0.76 - 4.99	2.53	0.73 - 8.77
<b>Número de hijos biológicos o adoptados a su cargo</b>				
Ninguno	1,00		1,00	
1 a 2	2.70	1.07 - 6.84	2.30	0.53 - 9.93
3 o más	1.55	0.59 - 4.11	1.45	0.23 - 8.92
<b>Antecedentes familiares de enfermedad mental</b>				
No	1,00		1,00	
Si	1.28	0.53 - 3.09	0.97	0.28 - 3.38
<b>Antecedentes de comorbilidad física</b>				
No	1,00		1,00	
Si	7.01	3.78 - 12.98	8.35	4.19 - 16.65
<b>Experiencias situacionales graves</b>				
No	1,00		1,00	

## 5. DISCUSIÓN

Los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia 2003, muestran que cuatro de cada 10 individuos presentaron al menos un trastorno mental en algún momento de su vida. Los trastornos de ansiedad fueron más prevalentes y más crónicos; los trastornos individuales más comunes fueron la fobia específica, la depresión mayor, el trastorno de ansiedad por separación del adulto y el abuso de alcohol. Entre los hombres el abuso de alcohol es el problema más común, mientras que en las mujeres lo es la depresión mayor.

El trastorno de atención y la fobia específica fueron los dos eventos que presentan la edad de aparición más temprana, 5 y 7 años, respectivamente. La ansiedad de separación de la infancia (8 años) seguida por el trastorno de conducta y el trastorno negativista desafiante (10 años para ambos) aparecen después. Entre los trastornos de la vida adulta, los trastornos de ansiedad se reportaron con edades de inicio más tempranas, seguidos por los trastornos del estado de ánimo y por los trastornos por uso de sustancias.

Los anteriores hallazgos son coherentes con lo encontrado por varios autores. Por ejemplo Burke et al. encontraron que la adolescencia y la etapa de adulto joven eran los periodos más importantes para el desarrollo de depresión mayor unipolar, enfermedad bipolar, fobias y dependencia y abuso de sustancias.

En otro estudio realizado por los mismo autores encontraron una disminución en la edad de inicio de la depresión mayor (15 a 19 años) en las cohortes recientes. Se encontraron hallazgos similares en dependencia y abuso de sustancias y trastorno obsesivo-compulsivo. Sin embargo, no encontraron edades de inicio más tempranas en enfermedad bipolar, trastorno de pánico y fobias.

Por otro lado Battaglia et al. encontraron que la edad de inicio del trastorno de angustia se presentó de manera más temprana en las siguientes generaciones de personas con antecedentes familiares de esta enfermedad. Los autores concluyen que este fenómeno se debe a agregación familiar de la predisposición genética a dicha enfermedad.

En USA Kessler et al., encontraron que la mediana de edad de inicio del trastorno de ansiedad fue mucho más temprana (11 años). La mediana de edad del abuso de sustancias fue de 20 años, del trastorno del afecto de 30 años. La mitad de todos los casos comenzaron a la edad de 14 años y las tres cuartas partes a la edad de 24 años.

Es importante resaltar que las edades de inicio más tempranas de los trastornos mentales pueden estar hablando de una mayor exposición a factores psicosociales desencadenantes y plantea una carga de enfermedad mental en poblaciones vulnerables y con poco acceso a servicios de salud. Todos estos hallazgos sugieren la necesidad de enfocar acciones de promoción y prevención en estos grupos de edad.

Bogotá, D.C. es la ciudad que presentó la prevalencia más elevada de trastorno durante la vida (46.7%), lo cual se explica por el elevado índice de trastornos afectivos. La presencia de trastornos en los últimos 30 días, por región presentó la siguiente distribución: La región Pacífica muestra las prevalencias más elevadas de trastornos afectivos (2.7%) y de trastornos

por uso de sustancias psicoactivas (1.8%). A su vez, Bogotá D.C. y la región pacífica reportaron la prevalencia más elevada de trastornos de ansiedad (6.7%).

Entre un 85.5% y un 94.7% de las personas con algún trastorno mental no acceden a algún servicio de salud. Estos hallazgos se pueden analizar teniendo en cuenta el modelo de Aday y Andersen sobre uso y acceso a los servicios de salud en el cual el uso se ve influido por factores de capacidad del individuo como el aseguramiento y el estrato socioeconómico; factores de predisposición como la edad, el sexo y los antecedentes familiares de trastornos mentales; factores de necesidad como la autopercepción del estado de salud, la severidad de la enfermedad y la presencia de comorbilidad; y factores de los servicios de salud, es decir la oferta de atención.

En el caso de la atención por psiquiatría, el porcentaje de uso de servicios para cualquier trastorno está entre 1.6 a 4.2%. Sin embargo, cuando se analiza el uso de psiquiatras según el número de trastornos mentales que sufra una persona, se encuentra que aquellas con tres o más trastornos, 5% recibieron atención psiquiátrica.

El número de trastornos mentales que sufre un individuo es una medida de la necesidad de atención. Los hallazgos están sugiriendo que ante la mayor necesidad de atención, los pacientes afrontan las barreras de acceso para usar los servicios de salud. Sin embargo, el porcentaje no supera el 5%. Los datos anteriores apoyan la necesidad de incrementar los esfuerzos orientados a hacer más accesibles los servicios de salud y acercar la población a ellos.

En cuanto a las conductas suicidas, los hallazgos muestran que la prevalencia de vida en los tres casos es un poco mayor en las mujeres, pero cuando se analiza en el último año, estas prevalencias son mayores en los hombres.

Esto se puede deber a la característica misma del indicador; mientras la prevalencia de vida habla de un periodo de tiempo amplio, la prevalencia en el último año da cuenta de eventos recientes. Una posible explicación de las diferencias encontradas entre hombres y mujeres puede deberse a cambios en el entorno como el aumento en el conflicto armado, el aumento en el desempleo y otros factores psicosociales que pueden entrañar una carga mayor para el grupo masculino de la población.

Aunque no existen estudios previos similares en Colombia que permitan comparaciones nacionales válidas, los hallazgos del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003, pueden ser comparados con los resultados de los 14 estudios que se llevaron a cabo de manera simultánea en otros países, con el liderazgo de la iniciativa de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS.

Los 14 estudios se realizaron en América (Colombia, México y Estados Unidos), en Europa (Bélgica, Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Ucrania) en Oriente Medio y África (Líbano y Nigeria) y en Asia (Japón, Beijing y Shanghai).

La tasa de respuesta de las encuestas de estos 14 países fluctuaron entre 45.9% (Francia) a 87.7% (Colombia); es decir, la tasa de respuesta más alta fue la de Colombia, aspecto que

influye de manera positiva en la validez de los hallazgos (Consortio de la Encuesta Mundial de Salud Mental, 2004).

Los países con mayores prevalencias en todos los trastornos mentales (trastornos de ansiedad, trastornos del estado de ánimo, trastornos por abuso de sustancias y trastornos que comparten problemas con el control de impulsos) fueron Estados Unidos, Colombia y Ucrania. A su vez, Nigeria y Shanghai tuvieron las prevalencias más bajas para todos los trastornos mentales (Consortio de la Encuesta Mundial de Salud Mental, 2004).

Se observó, además, que los tres países con mayores prevalencias de trastornos mentales (Estados Unidos, Colombia y Ucrania) también tuvieron las menores proporciones de uso de servicios (52%-59%). En comparación, Asia (Japón y China) con prevalencias bajas de trastornos mentales tuvo altas proporciones de uso de servicios de salud mental (71%-85%) (Consortio de la Encuesta Mundial de Salud Mental, 2004).

En el análisis del estudio llevado a cabo en Colombia se realizaron regresiones logísticas para identificar factores biológicos y psicosociales correlacionados a trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad y abuso de alcohol. Es importante enfatizar que el diseño del estudio no permite asegurar asociaciones causales, sino más bien factores relacionados. Sin embargo, este análisis tiene importancia por su utilidad en la identificación de marcadores de riesgo para enfermedad mental que guíen intervenciones en salud pública y para plantear hipótesis para estudios posteriores.

Se encontró que en los trastornos del estado de ánimo, tanto para hombres y mujeres, la posibilidad de sufrir este tipo de trastorno fue mayor en personas separadas, divorciadas o viudas; fumadoras; con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que los criaron; con antecedentes de comorbilidad física y con antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave. En hombres, a mayor escolaridad mayor posibilidad de sufrir un trastorno del estado de ánimo.

En cuanto a los trastornos de ansiedad, se encontró que tanto en hombres como en mujeres los factores asociados fueron ser fumador o exfumador, tener antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron y tener antecedentes de comorbilidad física. En mujeres también estuvo asociado el antecedente de haber tenido alguna experiencia situacional grave. En hombres, a mayores ingresos mayor posibilidad de sufrir un trastorno de ansiedad.

Los factores asociados en trastorno por abuso de alcohol fueron ser fumador o exfumador, con antecedentes de enfermedad mental, con antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que lo criaron, con antecedentes de comorbilidad física y con antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave. En las mujeres, además, se correlacionó el ser separadas, divorciadas o viudas.

Es importante resaltar la similitud de los factores asociados entre los tres trastornos evaluados (del estado de ánimo, de ansiedad y de abuso de alcohol). En la siguiente tabla se muestran las similitudes y las diferencias entre los factores correlacionados. Esto tiene utilidad en salud pública para definir y focalizar intervenciones, por tipo de trastorno y según sexo.

<b>Tipo de trastorno</b>	<b>Trastorno del estado de animo</b>	<b>Trastorno de ansiedad</b>	<b>Abuso de alcohol</b>
<b>Factores correlacionados</b>			
Antecedentes personales de enfermedad mental	X	X	X
Antecedentes de haber tenido conflictos en la infancia con las personas que los criaron	X	X	X
Antecedentes de comorbilidad física	X	X	X
Antecedentes personales de haber tenido alguna experiencia situacional grave	X	X <sup>‡</sup>	X
Tabaquismo	X	X	X
Estado civil: ser separado, divorciado o viudo	X		X <sup>‡</sup>
Escolaridad alta	X <sup>†</sup>		
Ingresos alto		X <sup>†</sup>	X <sup>†</sup>

Nota: La X indica que se encontró la asociación en ambos sexos. La X<sup>‡</sup> indica que la asociación se presentó solo en las mujeres. La X<sup>†</sup> indica que la asociación se presentó solo en los hombres.

Los anteriores hallazgos son coherentes con lo encontrados en otros estudios internacionales. Por ejemplo, en una investigación en Taiwán sobre depresión en ancianos se encontró mayor riesgo de depresión en mujeres viudas, de bajo nivel educativo y con alguna co-morbilidad física (Chong Metal, 2001).

En una encuesta de salud mental realizada en Irán en 2003 se encontró mayor prevalencia de cualquier trastorno mental en personas viudas y divorciadas (OR:1.75, IC95%: 1.58-1.94), desempleadas (OR: 1.81, IC95%: 1.58-2.09) y jubiladas (OR:1.22, IC95%: 1.04-1.44) (Cohen et al., 2001).

Así mismo, Cohen et al. encontraron tasas elevadas de depresión en adultos, en aquellos que tenían antecedentes de abuso físico y sexual en su infancia, en comparación con los que no lo tenían (OR 4.20, IC95%:1.1-17.0 y OR 4.79, IC95%:1.6-14 respectivamente). En el mismo estudio encontraron tasas elevadas de ansiedad en adultos en aquellos que tenían antecedentes de abuso sexual en su infancia, en comparación con los que no lo tenían (OR 5.24, IC95%:1.7-16.0). No encontraron diferencias en cuanto antecedentes de abuso físico (OR 1.1).

Stimpson NJ et al. (2003) hicieron una revisión de los estudios que han comparado la prevalencia de trastornos mentales entre veteranos de la Guerra del Golfo comprados con la población general y encontraron que la prevalencia de estrés post-traumático fue mayor en los veteranos de guerra en comparación con la población general (OR 2.9, IC95%:2.0-4.2).

Para Colombia es importante resaltar que en los hombres los antecedentes de estresores graves estuvieron relacionados con el abuso de alcohol y no con el trastorno de ansiedad. Este hallazgo coincide con lo mencionado en la literatura en cuanto a que los trastornos de uso de alcohol pueden enmascarar otros trastornos mentales como ansiedad y depresión (Galanter Metal. 1999).

Además, se encontró como factor asociado antecedentes de enfermedad mental en personas con abuso de alcohol. Esto evidencia la presencia de patología dual (depresión o ansiedad más abuso de alguna sustancia) y la sinergia que existe entre estos trastornos (Galanter Metal, 1999).



Finalmente, no se encontró asociación entre las variables de red de apoyo social, religión y número de hijos a cargo con los trastornos mentales. En cuanto a la red de apoyo social, la forma de medición de ésta sólo a través de dos preguntas (grado de apoyo de cónyuges y familiares y grado de apoyo de amigos) pudo no ser sensible para captar de manera cabal este concepto. Esto mismo pudo ocurrir con las variables de religión (religión que profesa y frecuencia con la cual se apoya en la religión para tomar decisiones).

Los hallazgos anteriores deben ser considerados como un insumo en el diseño de políticas, programas y planes en salud mental nacionales. Estos hallazgos hacen énfasis en la importancia de que la política en salud mental se dirija de manera crucial a la atención primaria, primer nivel de atención y a impactar positivamente el contexto social. Además, muestran que la salud mental y los trastornos mentales están relacionados con el ambiente y con procesos sociales tan complejos como el conflicto armado y la violencia urbana.

Retomando a Jenkins R. (2003), hay muchas razones por las cuales es importante realizar encuestas a gran escala de salud mental y evaluar factores asociados a trastornos mentales. Primero, una política efectiva debe dirigirse a las necesidades de la población, la cual puede ser mejor evaluada a través de estudios de esta naturaleza. Segundo, la información válida de la prevalencia y de factores asociados, que se supone tiene una relación causal importante, permite hacer hipótesis etiológicas que dirijan nuevas investigaciones y sirvan de sustento para el diseño de modelos de prevención.

## 6. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth edition. (Washington: APA, 1994).

ICD-10: International Statistical Classification of Diseases. 10 th version.

Ministerio de Salud. A propósito de un análisis secundario de la Encuesta Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas Colombia 1993, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, 1995.

R. Kessler and T.B. Ustun, "The World Health Organization, World Mental Health 2000 Initiative, "Hospital Management International (2000): 195-196.

Robins LN, Regier DA: Psychiatric Disorders in America. The epidemiologic Catchment Area Study. New York, Free Press, 1991.

Robins LN et al. The Composite International Diagnostic Interview an epidemiologic instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures. Archives of General Psychiatry. 1988. 45: 1069-1077.

Torres de G. Y., Posada J. Estudio Nacional de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Colombia. 1993. Ministerio de Salud. Bogotá. 1994.

Wells JE et al. Chirstchurch Psychiatric Epidemiology Study. Part I. Methodology and lifetime prevalence for specific psychiatric disorders. Australian and New Zeland Journal of Psychiatry, 1989, 23: 315-326.

WHO International Consortium in Psychiatric Epidemiology. Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders. Bulletin of the World Health Organization, 2000, 413-42678 (4).

WHO / World Bank. The global burden of disease (C.JL. Murray y AD López, Eds.). 1996.

WHO. Global Action for the improvement of mental health care, policies and strategies. (Doc.: WHO/MNH/MND/96.4). Geneva, 1996.

World Health Organization. Composite International Diagnostic Interview (CIDI version 2.1), Geneva. World Health Organization. 1997.

World Health Organization.WMH2000. Instrument Overview. World Health Organization.WMH2000.Questionnaire Translation Guidelines. World Health Organization.WMH2000. Translation Adaptation