



Artículo original

Factores asociados al reconocimiento de trastornos y problemas mentales en adolescentes en la Encuesta Nacional de Salud Mental, Colombia



Carlos Gómez-Restrepo^{a,*}, Nelcy Rodríguez Malagón^b, Javier Eslava-Schmalbach^c, Rafael Ruiz^b y Jacky Fabian Gil^b

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

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

^c Profesor titular de la Facultad de Medicina, Universidad Nacional de Colombia, director del Grupo de Equidad en Salud, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 31 de enero de 2019

Aceptado el 24 de septiembre de 2019

On-line el 31 de enero de 2020

Palabras clave:

Adolescencia

Salud mental

Reconocimiento

Acceso

Trastornos mentales

R E S U M E N

Introducción: Los problemas y los trastornos mentales son prevalentes en la población adolescente. Se calcula que alrededor de un 10% de los adolescentes sufren trastornos mentales que requieren atención y, en general, no se reconocen como tales. El objetivo es determinar potenciales factores asociados con que se reconozcan o no los trastornos y problemas mentales en la población colombiana.

Métodos: De la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) del 2015 realizada en Colombia, se recogió a los adolescentes de 12-17 años que respondieron a si algún profesional los había diagnosticado un problema o trastorno de salud mental y se los comparó con los que puntuaron positivo en trastornos mentales medidos por el CIDI 3.0 o en problemas mentales detectados por el SRQ-20.

Resultados: Se obtuvo una muestra de 1.754 adolescentes, de los que el 7,3% (n = 129) tenían trastornos y el 22,6% (n = 396) tenían problemas. Del total con trastornos y problemas, reconocen que los tienen el 13,9% (n = 18) de las personas con trastornos y el 8,3% (n = 33) de aquellos con problemas. Se realizaron análisis bivariados con posibles variables relacionadas y, con los resultados, se construyó un modelo multivariable de regresión que evidenció factores asociados con el reconocimiento de trastornos o problemas, como disfunción familiar (OR = 2,5; IC del 95%, 1,3-4,5) y acudir a familiar en caso de problemas económicos (OR = 2,7; IC del 95%, 1,0-7,2).

Conclusiones: El reconocimiento es de gran relevancia para que los adolescentes inicien el acceso a la asistencia. Los resultados proveen variables asociadas que permiten planear intervenciones que promuevan la detección de trastornos y problemas en esta población.

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

* Autor para correspondencia.

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

<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.09.002>

0034-7450/© 2019 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Associated factors for recognition of mental problems and disorders in adolescents in the Colombian National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:

Adolescence
Mental health
Recognition
Access
Mental disorders

Introduction: Mental problems and disorders are prevalent in the adolescent population. It is estimated that around 10% of adolescents have mental disorders that require attention and are generally not recognised as such. The aim was to determine potential factors associated with whether or not mental disorders and problems are recognised in the Colombian population.

Methods: Adolescents aged 12 to 17 who said they had been diagnosed with a mental health problem or disorder by a healthcare professional were identified from the National Mental Health Survey conducted in Colombia in 2015. This group was compared with those who scored positive for mental disorders measured by CIDI 3.0 or mental problems detected by SRQ-20.

Results: A sample of 1,754 adolescents was obtained, of whom 7.3% ($n = 129$) had disorders and 22.6% ($n = 396$) had problems. Of the total with disorders and problems, 13.9% ($n = 18$) of people with disorders and 8.3% ($n = 33$) with problems knew they had them. Bivariate analyses were performed with the possible related variables, and with the results we constructed a multivariate regression model that identified factors associated with the recognition of disorders or problems, such as family dysfunction (OR = 2.5; 95% CI, 1.3-4.5) or counting on family when having financial problems (OR = 2.7; 95% CI, 1.0-7.2).

Conclusions: Recognition is of great importance for initiating access to care by adolescents. The results provide associated variables which can aid planning of interventions to improve the detection of disorders and problems in this population.

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

Introducción

La etapa de la adolescencia se entiende desde todos los puntos de vista (biológico, psicológico, social y cultural) como un momento de transición, de cambio, desde la niñez hacia la edad adulta, que permite al individuo realizar un proceso de identificación consigo mismo y con la sociedad¹. Este periodo de transiciones y modificaciones puede verse afectado por procesos de psicopatología y enfermedad mental en una proporción considerable y con prevalencias que varían dependiendo de la región, pero que pueden superar el 10% de los adolescentes^{2,3}. Asimismo, se ha descrito ampliamente que el primer consumo de sustancias psicoactivas ocurre en el periodo de la adolescencia y en muchos se asocia con enfermedad mental^{4,5}.

El impacto de las enfermedades mentales en la calidad de vida de los adolescentes es de gran importancia, puesto que pueden limitar el progreso en su educación y el ingreso a su vida laboral, dado el deterioro y la carga de enfermedad por discapacidad que pueden generar estas enfermedades; sin embargo, este impacto se vuelve aún más drástico al explorar las causas de mortalidad en la población adolescente, entre las cuales destacan el suicidio, que tiene fuerte relación con la presencia de enfermedades mentales, y el consumo de sustancias psicoactivas⁶⁻⁹. A pesar de conocerse este impacto, el acceso a salud mental de la población adolescente es bastante deficiente, ya que en la mayoría de los estudios se ha encontrado que solo un 20-40% de los adolescentes con problemas

mentales o alguna enfermedad mental reciben o acceden a algún tipo de atención en salud mental¹⁰⁻¹².

El proceso de acceso a la salud es un constructo dinámico en el cual se da una interrelación entre diferentes áreas y aspectos, y participan varios actores (usuarios, profesionales de salud, políticos, comunidad general, gobiernos), y el caso de la enfermedad mental no es ajeno a este proceso, que supera la concepción pasada de que el acceso a la salud era exclusivamente la relación entre oferta y demanda de servicios y que, en el caso de la población adolescente, se debe tener en cuenta la relación de dependencia que tienen con sus cuidadores y padres, así como el reconocimiento por ellos mismos o por terceros de sus necesidades de salud¹³⁻¹⁵. La Organización Mundial de la Salud ha identificado de una manera clara y contundente que, en el aspecto de la oferta de servicios de salud mental para niños y adolescentes, existe una clara deficiencia, empezando por los aspectos legislativos que aseguren o respalden estos servicios, además de la existencia de una brecha en el acceso de los adolescentes a los servicios de salud mental entre países de bajos y altos ingresos¹⁶⁻¹⁸.

Sin embargo, la deficiencia de servicios y recursos disponibles para la atención de la salud mental de los adolescentes no ha sido la mayor causa de falta de autorreconocimiento o la mayor barrera al acceso a la salud mental. Los estudios han mostrado, en su gran mayoría, que son las barreras actitudinales y la falta de reconocimiento las causas, en gran proporción, de que no se acceda a los servicios de salud mental¹⁹. Dentro de las llamadas *barreras actitudinales*, se ha observado que la más frecuente es la relacionada con la estigmatización y

la discriminación asociadas con las enfermedades mentales, seguida del desconocimiento o falta de educación acerca de los procesos de enfermedad mental, lo que limita que los propios adolescentes la reconozcan¹⁹⁻²¹.

En el caso de Colombia, la última Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) encontró que, en el grupo etario de 12-17 años ($n=1.754$), el 1,8% de los encuestados relataba haber tenido problemas mentales durante su vida y solo la mitad de ellos (51,7%) los presentaron en los últimos 12 meses, y de estos solo el 36,5% había recibido algún tipo de tratamiento en ese lapso, sin que se pueda identificar cuál o cuáles fueron las razones de no haber accedido a los servicios de salud Mental o al menos haber reconocido el problema mental²². Como se puede observar, en el país hay un vacío acerca de cuáles son las razones o los factores asociados con que no se reconozcan los problemas o trastornos de salud mental en los adolescentes y ello promueve el presente trabajo.

Métodos

El trabajo aquí presentado se basa en los datos obtenidos en la ENSM del 2015, un estudio con representatividad nacional que contó con una selección realizada a partir de la muestra maestra del Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia. Conformaron la población todas las personas mayores de 7 años no institucionalizadas, con un tipo de muestreo aleatorio en hogares. Se tuvo de la ENSM representatividad de las 5 regiones seleccionadas y se definió como *adolescentes* a la población de 12-17 años (para más información acerca de la metodología del muestreo, véanse las publicaciones relacionadas con la ENSM)²³. En caso de que el encuestado fuera menor de edad (menor de 18 años para la ENSM), se obtuvo el asentimiento del menor y el consentimiento del tutor para la entrevista. A los adolescentes se les aplicó el cuestionario de trastornos mentales (CIDI 3.0), que se diseñó para este grupo, y el Self-reported Questionnaire (SRQ) para los problemas mentales^{24,25}.

Las características sociodemográficas se recogieron con base en estudios previos realizados por el DANE, como las preguntas relacionadas con el índice de pobreza multidimensional (IPM) y la clasificación de los hogares en rurales o urbanos²⁶. En lo que respecta a las preguntas y las variables relacionadas con la percepción de apoyo de terceros, apoyo emocional, apoyo económico y la confianza en otros y la sensación de discriminación, entre otras variables, se diseñaron y establecieron para esta ENSM y se validaron antes de su uso^{27,28}.

En lo que respecta a la determinación de psicopatología o de trastornos por consumo de sustancias, se utilizaron instrumentos validados en el mundo y en Colombia, como el AUDIT para trastornos de consumo de alcohol, el SRQ-20 para evaluación de problemas mentales y el CIDI 3.0 para el diagnóstico de trastornos mentales. En el caso del autorreconocimiento de psicopatología por los adolescentes, se determinó preguntando si al adolescente alguna vez en su vida un profesional de la salud le había dicho que tenía problemas de nervios, mentales o de aprendizaje.

A partir de estos datos, se investigaron las variables asociadas al reconocimiento de enfermedad mental en los adultos y

adolescentes, entre ellas variables sociodemográficas, de percepción de ambiente laboral, de sensación de discriminación, de apoyo de terceros, de consumo de sustancias psicoactivas, socioeconómicas y de disfunción familiar. El reconocimiento de los participantes se comparó con la presencia de un trastorno mental definido por el CIDI o un problema de salud mental identificada por el SRQ-20^{24,25}.

En primer lugar, como parte del análisis se observó la distribución porcentual de los individuos dentro de las categorías de cada una de las variables nominales y ordinales, y se encontró que algunas de ellas tenían bajas frecuencias. Para obtener mejores resultados en los análisis bivariados y en el modelo logístico, se realizó una nueva categorización teniendo en cuenta la importancia clínica en algunas de las variables. Asimismo, las variables de naturaleza continua se categorizaron y se construyeron variables —sufrir enfermedades crónicas, sensación de discriminación, participación en grupos y confianza en terceros— a partir de las respuestas de la encuesta, de nuevo atendiendo a la importancia clínica en dicha categorización.

A continuación, se realizaron cruces bivariados con cada una de las variables mencionadas con respecto a la variable reconocimiento de problema o trastorno mental. Como resultado, se seleccionaron las que tenían un valor de $p < 0,20$ para conformar un modelo multivariable. La selección de las variables en el modelo de regresión logística multivariable se realizó mediante la metodología por pasos y se empleó un nivel de significación del 5% para definir aquellas que se debían retener en el modelo final. En cada uno de los modelos se presenta como medida de asociación el riesgo relativo indirecto (*odds ratio* [OR]) con su correspondiente intervalo de confianza del 95% (IC del 95%). El procesamiento de los datos se realizó usando el programa STATA versión 15.

Resultados

La muestra total estuvo compuesta por 1.754 adolescentes de 12-17 años, de los cuales el 22,6% relató posibles problemas mentales —dados por el SRQ— y el 7,3% algún trastorno mental —de los medidos por el CIDI— en su vida. La muestra es homogénea en varones y mujeres y por regiones, levemente superior en las regiones Atlántica (Caribe) y Oriental. Alrededor del 22% de los adolescentes habitan en áreas rurales y provienen de hogares en estado de pobreza, de acuerdo con el IPM (tabla 1).

De los pacientes con problemas de trastornos o con problemas mentales, se observó que no había variables asociadas con un mayor o menor reconocimiento de su problema mental, de modo similar por sexo, región, zona, nivel de pobreza, etnia y nivel de educación en los 2 grupos. Se pensó que ello pudo deberse al escaso número de personas que reconocían su problema (33 de 399) o su trastorno (18 de 129). Por tal motivo, se decidió hacer el análisis agregando los trastornos y problemas en un solo grupo con el fin de incrementar el poder y la precisión de la muestra. Se obtuvo un resultado similar, pero más preciso que el obtenido con cada uno de ellos independientemente, y no se observó ninguna variable sociodemográfica asociada con el reconocimiento de problemas o trastornos mentales (tabla 2).

Tabla 1 – Características sociodemográficas de la muestra de adolescentes (n = 1.754). ENSM 2015

Variables	N.º (%)
Trastornos o problemas mentales	
Ninguno de los medidos	1.229 (70,1)
Trastornos medidos (CIDI)	129 (7,3)
Problemas (SRQ)	396 (22,6)
Sexo	
Varones	847 (48,3)
Mujeres	907 (51,7)
Región	
Central	330 (18,8)
Atlántico	412 (23,5)
Bogotá	300 (17,1)
Oriental	411 (23,4)
Pacífico	301 (17,2)
Zona	
Urbana	1.362 (77,7)
Rural	392 (22,3)
Pobreza	
Hogares en estado de no pobreza	1.368 (78,0)
Hogares en estado de pobreza	386 (22,0)
Etnia	
Indígena	122 (7,0)
Raizal del archipiélago	17 (0,9)
Negro, mulato, afrodescendiente	160 (9,1)
Ninguno de los anteriores	1.455 (83,0)
Nivel educativo	
Ninguno/primaria	1.116 (63,6)
Media/secundaria	634 (36,2)
Técnico	4 (0,2)

Respecto a otras variables asociadas o no con que se reconozca el problema o el trastorno mental, se realizaron los cruces bivariantes de posibles variables asociadas. En este caso, se halló asociación entre un mayor reconocimiento de la enfermedad y sentirse discriminado (OR=2,0; IC del 95%, 1,1-3,5), sentir que puede ser discriminado por sus trastornos mentales (OR=29,3; IC del 95%, 3,1-278,3) y sentir que puede acudir a la pareja cuando tiene problemas (OR=2,8; IC del 95%, 1,1-7,4). Y se reconocen menos como enfermos cuando discriminan a otra persona por su religión (OR=0,2; IC del 95%, 0,1-0,8).

Para terminar, se realizó el modelo de regresión multivariante, cuyo resultado permite observar una relación entre reconocimiento de trastornos y problemas mentales y la presencia de disfunción familiar y poder acudir a otra persona cuando se tienen problemas (tabla 3).

Discusión

El proceso de autorreconocimiento es parte fundamental y prácticamente el primer paso en el proceso de acceso a servicios de salud, no solo en el caso de las enfermedades mentales, sino en cualquier tipo de enfermedad^{29,30}. En el caso del grupo etario de los jóvenes, este proceso es muy necesario ya que, como se ha mostrado en algunos estudios, el propio adolescente debe haber reconocido su problema o trastorno mental para facilitar no solo el acceso, sino también la intervención

de sus padres, profesores u otros adultos que lo rodean^{10,31}. La información recolectada en el contexto de la ENSM facilitó la identificación de variables asociadas al proceso de reconocimiento, gracias a la participación de más de 1.500 jóvenes del país que respondieron los cuestionarios completos.

En los resultados del modelo bivariable, llama la atención que variables como el sexo femenino no hayan alcanzado alguna asociación significativa. La asociación entre reconocimiento y sexo femenino se ha encontrado entre 2 corrientes, con algunos estudios que muestran una mayor asociación con el autorreconocimiento³² y otros en que no se identifica ningún tipo de asociación³³. Algunos autores justifican estas diferencias en que los estudios que encontraron mayor asociación con el autorreconocimiento pueden haber incluido a adolescentes de menor edad³⁴. En el presente estudio no se encontró asociación entre sexo femenino y mayor reconocimiento, lo cual puede explicarse por el cambio que se viene detectando en la adolescencia en los últimos años y, sobre todo, respecto a las mujeres, que cada vez tienden a mostrarse más fuertes y en igualdad con los varones. Esto se podría evidenciar en que el artículo que encontró mayor reconocimiento es del 2003³², mientras que el que no muestra diferencias es del 2013³³. Sin embargo, se debe estudiar más a fondo este punto que deriva de observaciones clínicas y sociales.

Los hogares ubicados en zona rural o en condición de pobreza, según el IPM, en la ENSM no presentaron ningún tipo de asociación con el reconocimiento de cualquier problema o trastorno mental. En la literatura se encuentran resultados que muestran una mayor asociación entre pobreza o menores ingresos o recursos familiares con el autorreconocimiento^{32,33}, así como otros que no muestran asociación alguna en lo que se refiere a mediciones relacionadas con variables de ingresos, pobreza o estratos socioeconómicos^{35,36}.

Estas diferencias en los resultados pueden explicarse principalmente por el uso de distintas mediciones o escalas relacionadas con las variables pobreza o ingresos, por lo que en ocasiones se ha propuesto usar y comparar variables que pueden relacionarse con determinantes económicos, como el empleo, la educación o el estado de la vivienda^{37,38}.

La edad de los adolescentes tampoco mostró cambios frente al autorreconocimiento de trastornos o problemas mentales, aunque según aumenta la edad se produce un incremento en los fenómenos de introspección, de mayor participación en sociedad y disminución de la dependencia de los adultos, respecto a los adolescentes de edades tempranas (12-15 años)^{39,40}. Estos hallazgos coinciden con lo reportado en otros países, como España⁴¹, Holanda⁴² y Nueva Zelanda⁴³, en los que a mayor edad del adolescente, más autorreconocimiento y percepción de la necesidad de atención por problemas mentales, respecto a los adolescentes tempranos. Ello no se evidenció en Colombia, lo que puede deberse a la tendencia a permanecer en el hogar más tiempo, lo cual los llevaría a depender más de sus familias y de esta manera a diferenciarse menos en este grupo de edad o a otros factores culturales que deben estudiarse a futuro.

En el caso de la educación, los adolescentes con estudios medios/secundarios o más avanzados, en comparación con los de primaria o sin estudios, tenían un mayor reconocimiento de problemas o trastornos mentales. Este resultado va en con-

Tabla 2 – Factores asociados con el reconocimiento de trastornos y problemas mentales: análisis bivariado

	Reconocimiento		OR (IC del 95%)
	No (n = 474)N.º (%)	Sí (n = 51)N.º (%)	
Sexo			
Varones	209 (44,1)	22 (43,1)	1
Mujeres	265 (55,9)	29 (56,9)	1,04 (0,58-1,86)
Región			
Central	107 (22,6)	8 (15,7)	1
Atlántico	78 (16,4)	10 (19,6)	1,71 (0,65-4,54)
Bogotá	89 (18,8)	12 (23,5)	1,8 (0,71-4,61)
Oriental	113 (23,8)	11 (21,6)	1,3 (0,50-3,36)
Pacífico	87 (18,4)	10 (19,6)	1,54 (0,58-4,06)
Zona			
Urbana	381 (80,4)	41 (80,4)	1
Rural	93 (19,6)	10 (19,6)	1 (0,48-2,07)
Pobreza			
Hogares en estado de no pobreza	355 (74,9)	39 (76,5)	1
Hogares en estado de pobreza	119 (25,1)	12 (23,5)	0,92 (0,47-1,81)
Etnia			
Indígena	37 (7,8)	4 (7,8)	1,02 (0,35-3,0)
Raizal del archipiélago	2 (0,4)	0	–
Negro, mulato, afrodescendiente	49 (10,3)	6 (11,8)	1,15 (0,47-2,85)
Ninguno de los anteriores	386 (81,5)	41 (80,4)	1
Nivel educativo			
Ninguno/primaria	279 (58,9)	24 (47,1)	1
Media/secundaria	194 (40,9)	27 (52,9)	1,62 (0,91-2,89)
Técnico	1 (0,2)	0	–

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

Tabla 3 – Modelo 1

	ORa (IC del 95%)
Disfunción familiar	
Sí	2,5 (1,3-4,5)
No	1
Acude a su pareja cuando tiene problemas económicos	
Sí	2,7 (1,0-7,2)
No	1

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

tra de los hallazgos publicados, que evidencian que existe una asociación entre menor nivel educativo y reconocimiento y percepción de la necesidad de atención en salud mental³² o no encuentran asociación alguna entre el nivel de educación y el autorreconocimiento⁴⁴. Actualmente, faltan más estudios que comparen el desenlace de reconocimiento y el de autorreconocimiento, que en este estudio no se midió con exactitud, por el tipo de pregunta que se realizó, pues se pedía al entrevistado que respondiera si un profesional le había detectado o diagnosticado un problema o trastorno mental, lo cual puede depender, en gran medida, de lo que el paciente sugiere y dice a su médico, más aún en un medio en el cual la detección de enfermedad mental por los profesionales de salud es tan escasa y en el que la estigmatización y la autoestigmatización pueden disminuir el acceso⁴⁵. A la vez, se debe considerar la posibilidad de que en nuestro medio tener mayor educación favorece el alfabetismo en salud y con ello el reconocimiento y

autorreconocimiento durante el acto médico, en el cual, como la persona conoce su trastorno, puede acudir más rápidamente a consulta y comentar al profesional de la salud acerca de sus dolencias, lo que conlleva una mayor oportunidad o posibilidad de que el facultativo lo reconozca.

La discriminación en la adolescencia ha tomado un auge recientemente en lo que se han denominado los movimientos *antibullying*, debido a la relación bien establecida entre padecer estas conductas discriminatorias y presentar enfermedades mentales^{46,47}. En el análisis bivariado se observó que haber sido discriminado o sentirse discriminado por enfermedad mental se asociaba a un mayor reconocimiento, mientras que en el modelo bivariado discriminar por religión tenía una asociación con menor reconocimiento, lo cual no se encontró en el análisis multivariado tras controlar por las demás variables. Sin embargo, por el reducido número de eventos, se piensa que hace falta profundizar con más estudios en lo que respecta a estas asociaciones, pues hasta la fecha se conoce que ser discriminado por problemas de salud mental o por raza puede limitar la comunicación de problemas mentales, pero no se han evaluado los procesos de reconocimiento y percepción de la necesidad en quienes tienen conductas discriminatorias^{20,48}.

Llama la atención que haber tenido algún trastorno mental o haber consumido sustancias no se asociaran con mayor reconocimiento, ya que la literatura muestra que hay más autorreconocimiento, percepción de la necesidad de atención y uso de servicios de salud en los adolescentes que han sufrido trastornos o problemas de salud mental^{43,44,49}. Dos puntos

pueden ser la explicación de esta diferencia: primero, que algunos de esos estudios que muestran dichas asociaciones utilizaron instrumentos diferentes de los usados en este estudio, y podrían comportarse de manera diferente, y segundo, podría deberse a la baja prevalencia de trastornos mentales medidos (el 7,2% en la vida, el 4,4% en el último año y el 3,5% en el último mes) comparada con otras prevalencias que pueden ir del 10% hasta el 20% cuando se incorporan otras afecciones^{2,3,34}.

Tener el apoyo emocional de la familia no se asoció a reconocimiento de psicopatología por los adolescentes y, aunque en el modelo bivariado no alcanzó la significación estadística, tener apoyo de los amigos mostró tendencia a un mayor reconocimiento, resultados coherentes y concordantes con la literatura internacional, en la que se ha visto que tener más apoyo de terceros conlleva mayor autorreconocimiento^{36,42,49}. El apoyo de terceros es una de las formas de afrontar y lidiar con los problemas mentales, pero en el caso de los adolescentes, los terceros en quienes ellos más confían suelen ser pares de su misma edad o amigos que pueden reemplazar en ocasiones a los profesionales, pero en algunas enfermedades podrían proponer la consulta^{36,50}. Por otra parte, en el análisis bivariado se evidencia que quienes acuden a su pareja cuando están dificultades pueden reconocer más sus problemas y ello es compatible con lo que la literatura indica⁵¹.

No tener antecedentes de enfermedades crónicas obtuvo mayor asociación con la falta de reconocimiento en esta cohorte de adolescentes, situación que puede explicarse porque, en caso de no tener algún padecimiento crónico, no se produce tanto contacto con los servicios de salud, lo que puede comprometer el conocimiento y la instrucción acerca del mantenimiento de la salud, así como la posible identificación de otras enfermedades al detectarse un problema orgánico. Hallazgos similares se reportan en otros estudios, con la diferencia de que en ellos se utilizó como desenlace sufrir enfermedades crónicas, lo cual se asocia a más autorreconocimiento y percepción de la necesidad de atención de la salud^{33,36,49}.

La percepción de una peor o mala salud mental pone en evidencia que quienes calificaron su estado de salud de esta manera eran capaces de reconocer por ellos mismos la presencia de síntomas o cargas psicológicas que alteraban su bienestar general, lo cual arroja una mayor asociación con el autorreconocimiento a medida que empeora la percepción de la salud mental. Estos hallazgos de otros estudios^{10,36,49} no aparecieron en este. No obstante, se halló en el análisis bivariado un mayor reconocimiento de la enfermedad mental en aquellas personas que se sienten discriminadas, en especial por presentar trastornos mentales.

Las limitaciones de este estudio empiezan por las que conllevan los diseños de corte transversal, en los cuales no es posible establecer relaciones de causalidad, sino probables asociaciones que se debe explorar en futuros estudios con diseños que permitan establecer relaciones de causalidad. Además, está afectado por 2 tipos de sesgos principalmente: de memoria, al indagar por antecedentes de algunas variables como los eventos traumáticos, y de deseabilidad social, por la cual, en un tema como las enfermedades mentales, algunos individuos pueden modificar la respuesta que dieron

durante las entrevistas con el fin de que estas sean acordes con lo que se espera en la comunidad y el ámbito social de los individuos, así como por la estigmatización y la autoestigmatización que estas enfermedades generan. Estos problemas, sin embargo, se limitaron al tener encuestadores expertos en esta labor y personal bien entrenado, que permitieron tener buen soporte y empatía en el momento de entrevistar. Otra dificultad que puede tener el estudio es que no se hicieron pruebas para todas las enfermedades mentales, lo cual puede haber limitado los resultados a las enfermedades prevalentes, que pueden no ser representativas de personas con otras menos frecuentes y no exploradas.

La representatividad de un grupo etario de adolescentes de todo un país como Colombia es, sin duda alguna, una de las más grandes fortalezas de este estudio, debido a que permite extrapolar o aplicar los hallazgos de este estudio de una manera confiable a los adolescentes colombianos. Además, el uso de cuestionarios que han sido tratados mediante procesos de validación o adaptación adecuadas para el país (CIDI, SRQ, AUDIT) permitió un mayor control de los sesgos de medición de los desenlaces obtenidos. Finalmente, este estudio es, hasta donde conocemos, el primero realizado en Latinoamérica sobre el proceso de reconocimiento en los adolescentes, lo que facilita una línea de base para en un futuro comparar y generar estudios en otros países de la región con unas bases culturales y sociales algo más parecidas que los de otras partes del mundo.

Conclusiones

Es bien sabido que en el periodo de la adolescencia ocurren diversos procesos psicológicos que permiten la transición de la niñez a la vida adulta, por lo que es necesario identificar y reconocer adecuadamente las irregularidades en esta etapa, con el fin de lograr intervenciones tempranas y tener conocimiento de las variables que se asocian a un aumento o disminución de dicho reconocimiento. Mediante estos hallazgos se hace posible un primer paso para diseñar, proponer y aplicar estrategias que controlen las variables asociadas con menor reconocimiento y potenciar o fortalecer aquellas que favorecen los procesos de reconocimiento de enfermedades mentales en los jóvenes colombianos.

Responsabilidades éticas

Trabajo autorizado por el Comité de Ética de la Pontificia Universidad Javeriana.

Financiación

Encuesta Nacional de Salud Mental. Contrato de financiamiento RC No. 762- 2013 celebrado entre Colciencias y la Pontificia Universidad Javeriana.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al Ministerio de Salud y Protección Social, por el préstamo de la Base de Datos del Estudio Nacional de Salud Mental 2015.

BIBLIOGRAFÍA

- Patton GC, Sawyer SM, Santelli JS, Ross DA, Afifi R, Allen NB, et al. Our future: A Lancet commission on adolescent health and wellbeing. *Lancet*. 2016;387:2423-78.
- Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci*. 2009;11:7-20.
- Merikangas KR, He J-P, Brody D, Fisher PW, Bourdon K, Koretz DS. Prevalence and treatment of mental disorders among US children in the 2001-2004 NHANES. *Pediatrics*. 2010;125:75-81.
- Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, De Graaf R, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age- of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *J World Psychiatr*. 2007;6:168-76.
- United Nations. World drug report 2015. New York: United Nations Pub.; 2015.
- Abraham ZK, Sher L. Adolescent suicide as a global public health issue. *Int J Adolesc Med Health*. 2017, <http://dx.doi.org/10.1515/ijamh-2017-0036>.
- Mokdad AH, Forouzanfar MH, Daoud F, Mokdad AA, El Bcheraoui C, Moradi-Lakeh M, et al. Global burden of diseases, injuries, and risk factors for young people's health during 1990-2013: A systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *Lancet*. 2016;387:2383-401.
- Chen H, Cohen P, Kasen S, Johnson JG, Berenson K, Gordon K. Impact of adolescent mental disorders and physical illnesses on quality of life 17 years later. *Arch Pediatr Adolesc Med*. 2006;160:93-9.
- Chen H, Cohen P, Crawford TN, Kasen S, Guan B, Gordon K. Impact of early adolescent psychiatric and personality disorder on long-term physical health: a 20-year longitudinal follow-up study. *Psychol Med*. 2009;39:865-74.
- Zachrisson HD, Rödje K, Mykletun A. Utilization of health services in relation to mental health problems in adolescents: a population based survey. *BMC Public Health*. 2006;6:34.
- Benjet C, Borges G, Medina-Mora ME, Zambrano J, Aguilar-Gaxiola S. Youth mental health in a populous city of the developing world: Results from the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *J Child Psychol Psychiatry*. 2009;50:386-95.
- Morris J, Belfer M, Daniels A, Flisher A, Ville L, Lora A, et al. Treated prevalence of and mental health services received by children and adolescents in 42 low-and-middle-income countries. *J Child Psychol Psychiatry*. 2011;52:1239-46.
- Arrivillaga M, Borrero YE. [A comprehensive and critical view of conceptual models for access to health services, 1970-2013]. *Cad Saude Publica*. 2016;32:e00111415.
- Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: Does it matter? *J Health Soc Behav*. 1995;36:1-10.
- Aarons GA, Covert J, Skriner LC, Green A, Marto D, Garland AF, et al. The eye of the beholder: Youths and parents differ on what matters in mental health services. *Adm Policy Ment Health*. 2010;37:459-67.
- WHO. Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005.
- Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: Current situation and strategies for action. *Lancet*. 2011;378:1654-63.
- Belfer ML. Child and adolescent mental disorders: The magnitude of the problem across the globe. *J Child Psychol Psychiatry*. 2008;49:226-36.
- Gulliver A, Griffiths KM, Christensen H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*. 2010;10:113.
- Gaiha S, Ann G, Kumar SR, Menon S. Enhancing mental health literacy into reduce stigma: the fountainhead to improve help-seeking behaviour. *J Public Ment Health*. 2014;13:146-58, <http://dx.doi.org/10.1108/JPMH-06-2013-0043>.
- Attygalle UR, Perera H, Jayamanne BDW. Mental health literacy in adolescents: Ability to recognise problems, helpful interventions and outcomes. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health*. 2017;11:38.
- Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015 [consultado 11 Oct 2015]. Disponible en: http://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO0311_02015-salud_mental_tomoI.pdf.
- Rodríguez N, Rodríguez VA, Ramírez E, Cediel S, Gil F, Rondón MA. Aspectos metodológicos del diseño de muestra para la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45 Supl 1:26-30.
- Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10:177-88.
- Van der Westhuizen C, Wyatt G, Williams JK, Stein DJ, Sorsdahl K. Validation of the Self Reporting Questionnaire 20-Item (SRQ-20) for Use in a low- and middle-income country emergency centre setting. *Int J Ment Health Addict*. 2016;14:37-48.
- Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014 [Internet] [consultado 23 Oct 2015]. Bogotá: Departamento Administrativo y Nacional de Estadística; 2015. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14.pdf.
- Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, Viviana Rodríguez, Nathalie Tamayo Martínez Diana Matallana, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45 Supl. 1:2-8.
- Rodríguez V, Moreno S, Camacho J, Gómez-Restrepo C, de Santacruz C, Rodríguez MN, et al. Diseño e implementación de los instrumentos de recolección de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45 Supl 1:9-18.
- Frenk J. El concepto y la medición de accesibilidad. *Salud Pública Méx*. 1995;27:438-53.
- Fleury M-J, Ngui AN, Bamvita J-M, Grenier G, Caron J. Predictors of healthcare service utilization for mental health reasons. *Int J Environ Res Public Health*. 2014;11:10559-86.
- Martínez-Hernández A, DiGiacomo SM, Carceller-Maicas N, Correa-Urquiza M, Martorell Poveda MA. Non-professional-help-seeking among young people with depression: a qualitative study. *BMC Psychiatry*. 2014;14:124.
- Zwaanswijk M, van der Ende J, Verhaak PFM, Bensing JM, Verhulst FC. Factors associated with adolescent mental health service need and utilization. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2003;42:692-700.
- Atilola O, Singh Balhara YP, Stevanovic D, Avicenna M, Kandemir H. Self-reported mental health problems among adolescents in developing countries: Results from an international pilot sample. *J Dev Behav Pediatr*. 2013;34:129-37.
- Ravens-Sieberer U, Wille N, Erhart M, Bettge S, Wittchen HU, Rothenberger A, et al. Prevalence of mental health problems among children and adolescents in Germany: results of the BELLA study within the National Health Interview and

- Examination Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008;17 Suppl. 1:22-33.
35. Van Droogenbroeck F, Spruyt B, Keppens G. Gender differences in mental health problems among adolescents and the role of social support: Results from the Belgian health interview surveys 2008 and 2013. *BMC Psychiatry*. 2018;18:6.
 36. Saunders SM, Resnick MD, Hoberman HM, Blum RW. Formal help-seeking behavior of adolescents identifying themselves as having mental health problems. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 1994;33:718-28.
 37. Lund C, Breen A, Flisher AJ, Kakuma R, Corrigall J, Joska JA, et al. Poverty and common mental disorders in low and middle income countries: A systematic review. *Soc Sci Med*. 2010;71:517-28.
 38. Lund C, de Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: Breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378:1502-14.
 39. Remschmidt H. Psychosocial milestones in normal puberty and adolescence. *Horm Res*. 1994;41 Suppl 2:19-29.
 40. Graber JA. Pubertal timing and the development of psychopathology in adolescence and beyond. *Horm Behav*. 2013;64:262-9.
 41. Ezpeleta Ascaso L, Granero R, de la Osa N, Domenec J, Guillamon N. Perception of need for help and use of mental health services in children and adolescents. Do they share the same predictors? *Psicothema*. 2003;14:532-9.
 42. Bean T, Eurelings-Bontekoe E, Mooijaart A, Spinhoven P. Factors associated with mental health service need and utilization among unaccompanied refugee adolescents. *Adm Policy Ment Health*. 2006;33:342-55.
 43. Mariu KR, Merry SN, Robinson EM, Watson PD. Seeking professional help for mental health problems, among New Zealand secondary school students. *Clin Child Psychol Psychiatry*. 2012;17:284-97.
 44. Benjet C, Borges G, Méndez E, Albor Y, Casanova L, Orozco R, et al. Eight-year incidence of psychiatric disorders and service use from adolescence to early adulthood: Longitudinal follow-up of the Mexican Adolescent Mental Health Survey. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2016;25:163-73.
 45. González LM, Peñaloza RE, Matallana MA, Gil F, Gómez-Restrepo C, Vega Landaeta AP. Factores que determinan el acceso a servicios de salud mental de la población adulta en Colombia. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2016;45 Supl 1:89-95.
 46. Turner MG, Exum ML, Brame R, Holt TJ. Bullying victimization and adolescent mental health: General and typological effects across sex. *J Crim Justice*. 2013;41:53-9.
 47. Vanderbilt D, Augustyn M. The effects of bullying. *Paediatr Child Health*. 2010;20:315-20.
 48. Young people's experience of discrimination in relation to mental health issues in Aotearoa New Zealand: Remove the barriers for our young people from yesterday, today and tomorrow [Internet]. Nueva Zelanda: Mental Health Foundation of New Zealand; 2014 [consultado 21 Mayo 2018]. Disponible en: <https://www.mentalhealth.org.nz/assets/Our-Work/Young-People-2014.pdf>.
 49. Sourander A, Haavisto A, Ronning JA, Multimäki P, Parkkola K, Santalahti P, et al. Recognition of psychiatric disorders, and self-perceived problems. A follow-up study from age 8 to age 18. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46:1124-34.
 50. Dooley B, Fitzgerald A. My world survey: National Study of Youth Mental Health in Ireland [Internet]. Dublín.: 2012 [consultado 21 Mayo 2018]. Disponible en: <http://www.mentalhealthpromotion.net/resources/headstrong-national-study-of-youthmental-health-in-ireland-2.pdf>.
 51. Rickwood D, Deane FP, Wilson CJ, Ciarrochi JV. Young people's help-seeking for mental health problems. *Australian e-Journal for the Advancement of Mental Health*. 2005;4:1-34.