

# Salud mental en la población bogotana: análisis de la Encuesta Nacional de Salud Mental

## Mental health in the Bogota population: analysis of the National Mental Health Survey

Felipe Botero-Rodríguez, Catalina López-Figueroa, Daniela Yucumá,  
Andrés Salgado-Cendales, Juan P. Acevedo-Gallego, Julián G. Rodríguez-Barrios,  
Liliana González-Cabrera, Santiago Bolívar-Moná,  
Carlos J. Rincón y Carlos Gómez-Restrepo

Recibido 27 enero 2021 / Enviado para modificación 16 octubre 2022 / Aceptado 28 febrero 2023

### RESUMEN

**Objetivos** Caracterizar la salud mental de la población de Bogotá (Colombia), a partir de información de la última Encuesta Nacional de Salud Mental (2015).

**Metodología** Analizamos cuantitativamente la información de población residente en Bogotá recolectada en la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) para calcular la prevalencia de problemas y trastornos de salud mental, así como de consumo de sustancias psicoactivas con sus intervalos de confianza del 95 %. El análisis se estratificó por grupos etarios.

**Resultados** Encontramos lo siguiente: a) un autorreporte de problemas de salud mental del 12 % (IC95 %: 9,1-15,6) y 7,9 % (IC95 %: 5,3-11,8) para los adultos y adolescentes encuestados, respectivamente; b) 9,8 % (IC95 %: 7,4-12,9) y 4,6 % (IC95 %: 2,7-7,7) con alto número de síntomas de ansiedad en adultos y adolescentes, respectivamente; c) presencia de un número alto de síntomas depresivos en el 6,7 % (IC95 %: 4,9-9,0) y 3,5 % (IC95 %: 2,0-6,1) de la población de adultos y adolescentes respectivamente; d) 12,9 % (IC95 %: 10 %-16,4 %) de los adultos y el 8,5 % (IC95 %: 5,5 %-12,8 %) de los adolescentes había presentado “cualquier trastorno de salud mental” en la vida; e) consumo de alcohol en algún momento de la vida en el 43,8 % (IC95 %: 39,1-48,7) y consumo de marihuana en un 5,6 % (IC95 %: 3,7-8,5) alguna vez en la vida.

**Conclusiones** La población bogotana reporta prevalencias distintas a las de otros lugares del país y de otras capitales en la región. Esta caracterización permitirá guiar el desarrollo de políticas de prevención y mitigación en la ciudad, teniendo en cuenta que Bogotá agrupa un gran porcentaje de población de diversos orígenes y culturas.

**Palabras Clave:** Salud mental; trastornos mentales; trastornos relacionados con sustancias; encuestas epidemiológicas; salud pública (*fuentes: DeCS, BIREME*).

### ABSTRACT

**Objectives** To Characterize the population of Bogotá (Colombia), in terms of mental health, based on data from the 2015-National Mental Health Survey.

**Methodology** A quantitative analysis was employed. Data for population living in Bogotá and collected in the 2015-National Mental Health Survey was employed to calculate the prevalence of mental health problems, disorders, and the use of psychoactive substances. The analysis was stratified in adults, adolescents, and children.

**Results** Our main findings were a) The prevalence of self-reported mental health problems was 12 % (95 % CI: 9.1-15.6) and 7.9 % (95 % CI: 5.3-11, 8) for adults and adolescents, respectively. b) 9.8 % (95 % CI: 7.4-12.9) and 4.6 % (95 % CI: 2.7-7.7) of the adolescents reported more than 5 symptoms of anxiety. c) 6.7 % (95 % CI: 4.9-9.0) and 3.5 % (95 % CI: 2.0-6.1) of the adult and adolescent reported more than 7

FB: MD. M.Sc. Epidemiología Clínica. Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [felipe.botero@javeriana.edu.co](mailto:felipe.botero@javeriana.edu.co)  
CL: Epidemióloga. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [catalina\\_lopez@javeriana.edu.co](mailto:catalina_lopez@javeriana.edu.co)  
DY: MD. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [yucumad@javeriana.edu.co](mailto:yucumad@javeriana.edu.co)  
AS: Epidemiólogo. Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia. [andres\\_salgado@javeriana.edu.co](mailto:andres_salgado@javeriana.edu.co)  
JA: Epidemiólogo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [juan\\_acevedo@javeriana.edu.co](mailto:juan_acevedo@javeriana.edu.co)  
JR: Epidemiólogo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [jg.rodriguez@javeriana.edu.co](mailto:jg.rodriguez@javeriana.edu.co)  
LG: Epidemióloga. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [liliana\\_gonzalez@javeriana.edu.co](mailto:liliana_gonzalez@javeriana.edu.co)  
SB: Epidemiólogo. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [santiago\\_bolivar@javeriana.edu.co](mailto:santiago_bolivar@javeriana.edu.co)  
CR: Estadístico. M. Sc. Epidemiología Clínica. M. Sc. Bioestadística. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [carlosrincon@javeriana.edu.co](mailto:carlosrincon@javeriana.edu.co)  
CG: MD. Psiquiatra. M. Sc. Epidemiología Clínica. Ph.D. Salud Pública. Pontificia Universidad Javeriana. Bogotá, Colombia. [gomez@javeriana.edu.co](mailto:gomez@javeriana.edu.co)



symptoms of depression. d) 12.9 % (95 % CI: 10 % - 16.4 %) of the included adults, and 8.5 % (95 % CI: 5.5 % - 12.8 %) of adolescents reported the presence of “any mental health disorder” in the course of life. e) 43.8 % (95 % CI: 39.1-48.7) reported consumption of alcohol. 5.6 % (95 % CI: 3.7-8.5) reported to have consumed marijuana during their life.

**Conclusions** The prevalence of mental health problems and disorders is different as compared to other regions of the country and even to other capital cities in Latin America. Therefore, this characterization could guide mental health decisions, mostly because Bogotá groups population with diverse origins and cultures.

**Key Words:** Mental health; mental disorders; substance-related disorders; health surveys; public health (source: MeSH, NLM).

En Colombia el interés por la salud pública en términos de salud mental (SM) ha crecido considerablemente en los últimos años debido a un aumento de la carga de enfermedad de entidades neuropsiquiátricas (1,4), de los años de vida potencialmente perdidos por suicidio y de la prevalencia del consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas (5). En el año 2010 las enfermedades mentales, en su conjunto, fueron la primera causa de años vividos con discapacidad y representaron el 7,4 % de años de vida ajustados por discapacidad (6). Dentro de las aproximaciones más recientes a esta problemática en Colombia, se encuentra la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) realizada en 2015 (7).

De otro lado, Bogotá es una de las capitales en América Latina que agrupa mayor número de habitantes y culturas. Se estima para 2025 su población superará los 10 millones de habitantes (8). En otras megaciudades de la región, como Sao Paulo y Ciudad de México, el aumento de la población ha provocado a su vez un aumento de las alteraciones de SM. Además, las proyecciones demográficas estiman un aumento de la población concentrada en megaciudades localizadas particularmente en países en vía de desarrollo (9). Sin embargo, las caracterizaciones en términos de SM de la población de capitales como bogotana son escasas. Contar con esta información es relevante, máxime al considerar que la SM se relaciona con factores sociales y ambientales que pueden alterarse con el crecimiento demográfico de alguna región (10).

En este trabajo caracterizamos a la población bogotana con base en la información de la ENSM 2015 y en los principales factores asociados a la sintomatología reportada. Esto se realizó con el propósito de aportarles información relevante a quienes toman decisiones, a fin de contribuir a que direccionen sus esfuerzos teniendo en cuenta la promoción y la prevención de la salud mental en Bogotá.

## METODOLOGÍA

Esta investigación se realizó a partir de la información de población residente en Bogotá, no institucionalizada, recolectada en la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015. Esta es una encuesta aplicada a una submuestra de la muestra maestra para estudios poblacionales en salud,

diseñada por el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, cuyos resultados tienen representatividad a regional y local. Esta muestra fue de tipo probabilístico, polietápica y estratificada por sexo y edad (7).

En el estudio se incluyó toda la población residente de Bogotá seleccionada aleatoriamente y consintió en participar para responder la encuesta. Se utilizaron instrumentos de tamizaje para problemas de salud mental, síntomas de estrés postraumático, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, disfunción familiar y trastornos mentales (4,11). Basado en ello, las variables incluidas en nuestro estudio fueron divididas en datos sociodemográficos, problemas en salud mental, síntomas de trastornos en salud mental y consumo de sustancias psicoactivas.

Para el análisis, los datos fueron ponderados por medio de factores de expansión de la muestra, teniendo en cuenta la estimación de las varianzas en encuestas complejas a través del método de linealización mediante series de Taylor; se presentan las prevalencias expresadas en valores absolutos y porcentajes con sus intervalos de confianza del 95 % (IC95 %) estratificado por grupos etarios, en adultos (>17 años), adolescentes (11-17 años) y niños (<11 años).

## RESULTADOS

Fueron entrevistados 2 451 individuos, de los cuales 1 735 eran adultos, 300 eran adolescentes y 416, niños. La mayoría eran mujeres y residían en zona urbana. En general, no se reportó disfunción familiar por parte de los adultos (89,6 %), similar a los adolescentes (88 %). Respecto al nivel de educación de la población, la mayoría de los adultos completaron hasta la secundaria; algunos, la primaria, y otros ningún ciclo terminado, educación universitaria o educación tecnológica; en el caso de los adolescentes, la mayoría respondieron al nivel educativo completado como primaria o ninguno, y en el grupo de niños, el 98,2 % se encontró en proceso de escolarización (Tabla 1).

### Problemas de salud mental

El 12 % (IC95 %: 9,1-15,6) de los adultos encuestados presentó algún problema en salud mental (evaluado con

Tabla 1. Características sociodemográficas de la población

Variables sociodemográficas		n	%	IC95 %	
Adultos	Edad				
	adultos 18 a 44	845	59,3	54,7	63,8
	adultos 45 o más	881	40,7	36,2	45,3
	Estado civil				
	Casado-UL-pareja	885	52,9	48,1	57,6
	Separado/viudo/divorciado	380	13,8	11,1	17,1
	Soltero	461	33,3	28,9	38,1
	Pobreza				
	Hogares en estado de pobreza	89	4,2	3,2	5,6
	Nivel educativo				
	Ninguno/primaria	460	21,7	17,9	26,0
	Secundaria	925	56,7	51,9	61,4
	Técnico/tecnológico	169	10,4	7,7	13,8
	Universitario	150	11,2	8,6	14,5
	Sexo				
	Hombre	645	48,4	43,6	53,2
	Mujer	1081	51,6	46,8	56,4
	Usted se reconoce como...				
	Gitano/ROM	1	0,0	0,0	0,2
	Indígena	66	2,6	1,9	3,7
	Negro, mulato, afrodescendiente o afrocolombiano	65	4,2	2,5	6,9
	Raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	1	0,0	0,0	0,0
	Ninguno de los anteriores	1593	93,1	90,4	95,1
Zona urbana/rural					
Rural	45	4,4	2,9	6,8	
Urbana	1681	95,6	93,2	97,1	
Disfunción familiar					
Personas sin disf. familiar	1475	89,6	87,0	91,8	
Personas con disf. familiar leve	136	6,9	5,1	9,4	
Personas con disf. familiar moderada	58	1,5	1,0	2,2	
Personas con disf. familiar severa	57	1,9	1,3	3,0	
Adolescentes	Edad				
	12	50	16,2	10,3	24,5
	13	49	16,2	9,5	26,4
	14	50	17,8	12,2	25,3
	15	51	19,9	11,6	31,9
	16	46	13,9	9,6	19,7
	17	54	16,0	11,2	22,4
	Pobreza				
	Hogares en estado de pobreza	32	12,0	7,5	18,5
	Nivel educativo				
	Ninguno/primaria	188	62,8	52,6	72,0
	Secundaria	109	36,0	26,9	46,3
	Técnico/tecnológico	3	1,2	0,3	4,8
	Sexo				
	Hombre	145	48,4	38,8	58,1
	Mujer	155	51,6	41,9	61,2
	Usted se reconoce como...				
Indígena	5	1,1	0,4	2,8	
Negro, mulato, afrodescendiente o afrocolombiano	11	3,2	1,7	6,1	
Ninguno de los anteriores	284	95,7	92,7	97,5	
Zona urbana/rural					
Rural	6	1,0	0,4	2,8	
Urbana	294	99,0	97,2	99,6	
Disfunción familiar					
Personas sin disf. familiar	255	88,0	82,5	91,9	
Personas con disf. familiar leve	33	9,2	5,8	14,4	
Personas con disf. familiar moderada	5	0,9	0,4	2,3	
Personas con disf. familiar severa	7	1,9	0,8	4,5	
Niños	Edad				
	7	88	18,2	13,2	24,6
	8	89	24,4	17,7	32,6
	9	67	16,9	10,4	26,2
	10	79	18,6	13,4	25,3
	11	93	21,9	15,9	29,4
Escolarizado					
Si	408	98,2	95,8	99,3	

Variables sociodemográficas		n	%	IC9 5%	
Niños	Pobreza				
	Hogares en estado de pobreza	34	6,6	4,3	10,0
	Sexo				
	Hombre	231	48,4	40,1	56,7
	Mujer	185	51,6	43,3	59,9
	El niño se reconoce como...				
	Indígena	6	0,7	0,3	1,7
	Negro, mulato, afrodescendiente o afrocolombiano	15	4,0	1,6	9,9
	Ninguno de los anteriores	395	95,3	89,8	97,9
	Zona urbana/rural				
Rural	15	3,2	1,8	5,8	
Urbana	401	96,8	94,2	98,2	

Disf.: disfunción.

el Self-Reporting Questionnaire [SRQ]); mientras que, en la población adolescente, esta proporción fue de 7,9 % (IC95 %: 5,3-11,8). Respecto a sintomatología específica, el 9,8 % (IC95 %: 7,4-12,9) y el 4,6 % (IC95 %: 2,7-7,7) presentaron un número de síntomas alto para ansiedad (más de 5) para adultos y adolescentes, respectivamente. La presencia de un número alto de síntomas depresivos (más de 7) se observó en el 6,7 % (IC95 %: 4,9-9,0) y 3,5 % (IC95 %: 2,0-6,1) de la población. En cuanto a

síntomas psicóticos (uno de dos síntomas indicadores), hubo presencia en el 8 % de los adultos y en el 6 % de los adolescentes. Adicionalmente, la vivencia de al menos un evento traumático se presentó en el 49,4 % y en el 16,45 % de adultos y adolescentes respectivamente. En los niños, según el Report Questionnaire for Children (RQC), el 46,6 %, el 38,2 % y el 10,7 % hubo 0, 1 y dos o más problemas de salud mental (Tabla 2).

**Tabla 2.** Prevalencia de problemas en salud mental

Problemas de salud mental		n	%	IC95 %	
Adultos	<b>Ansiedad*</b>				
	Ningún síntoma	740	44,3	39,5	49,2
	Número de síntomas bajo de ansiedad (1 a 2 síntomas)	566	33,5	29,2	38,1
	Número de síntomas medio de ansiedad (3 a 4 síntomas)	247	12,5	10,1	15,3
	Número de síntomas alto de ansiedad (más de 5 síntomas)	173	9,8	7,4	12,9
	<b>Depresión*</b>				
	Número de síntomas bajo de depresión (1 a 3 síntomas)	1269	75,2	71,2	78,7
	Número de síntomas medio de depresión (4 a 6 síntomas)	326	18,2	15,1	21,8
	Número de síntomas alto de depresión (más de 7 síntomas)	131	6,7	4,9	9,0
	<b>Epilepsia*</b>				
	No	1702	98,8	97,9	99,3
	Un síntoma indicador sugestivo de epilepsia positivo	24	1,2	0,7	2,2
	<b>Global*</b>				
	negativo	1536	88,0	84,4	90,9
	positivo	190	12,0	9,1	15,6
	<b>Psicosis*</b>				
	1 de 2 síntomas indicadores de psicosis positivo	125	8,0	5,7	11,2
	No	1601	92,0	88,8	94,3
	<b>Total de eventos traumáticos por persona</b>				
	No han sufrido ningún evento traumático	831	50,6	45,8	55,4
Un evento traumático	530	26,9	23,4	30,8	
Dos eventos traumáticos	162	9,8	7,5	12,8	
Tres eventos traumáticos	88	6,6	4,2	10,2	
Cuatro o más eventos traumáticos	82	6,0	4,0	9,1	
<b>Síntomas de estrés postraumático</b>					
Sí	40	2,9	1,9	4,6	
Adolescentes	<b>Ansiedad*</b>				
	Ningún síntoma	143	50,2	40,5	60,0
	Número de síntomas bajo de ansiedad (1 a 2 síntomas)	111	38,1	28,9	48,3
	Número de síntomas medio de ansiedad (3 a 4 síntomas)	28	7,0	4,4	11,0
	Número de síntomas alto de ansiedad (más de 5 síntomas)	18	4,6	2,7	7,7
	<b>Depresión*</b>				
	Número de síntomas bajo de depresión (1 a 3 síntomas)	232	81,5	74,9	86,6
	Número de síntomas medio de depresión (4 a 6 síntomas)	52	15,0	10,4	21,3
	Número de síntomas alto de depresión (más de 7 síntomas)	16	3,5	2,0	6,1
	<b>Epilepsia*</b>				
No	296	99,1	97,3	99,7	
Un síntoma indicador sugestivo de epilepsia positivo	4	0,9	0,3	2,7	
<b>Global*</b>					
negativo	268	92,1	88,2	94,7	
positivo	32	7,9	5,3	11,8	

Problemas de salud mental		n	%	IC95 %		
	Psicosis*					
	1 de 2 síntomas indicadores de psicosis positivo	25	6,0	3,8	9,4	
	No	275	94,0	90,6	96,2	
Total de eventos traumáticos por persona						
	No han sufrido ningún evento traumático	186	65,8	57,3	73,4	
	Un evento traumático	75	22,4	16,4	29,8	
	Dos eventos traumáticos	25	7,6	4,8	11,9	
	Tres eventos traumáticos	12	3,6	1,7	7,4	
	Cuatro o más eventos traumáticos	2	0,6	0,1	2,3	
Síntomas de estrés postraumático						
	Sí	4	2,5	0,9	7,1	
Niños	Problemas de salud mental en población infantil**					
		No tiene problemas	200	46,6	38,3	55,1
		Tiene un problema	144	38,2	30,2	46,9
		Tiene dos o más problemas	72	15,2	10,7	21,2
	Total de eventos traumáticos					
		No han sufrido ningún evento traumático	347	83,5	76,6	88,7
		Un evento traumático	60	15,5	10,4	22,5
		Dos, tres, cuatro o más eventos traumáticos	9	1,0	0,5	1,9
	Síntomas de estrés postraumático					
		Sí	9	9,7	3,7	23,0

\*SRQ; \*\*RQC; IC95 %: Intervalo de confianza del 95 %.

### Trastornos de salud mental

Según los criterios de la American Psychiatric Association (APA), el 12,9 % (IC95 %: 10 %-16,4 %) de los adultos, y el 8,5 % (IC95 %: 5,5 %-12,8 %) de los adolescentes habían presentado “cualquier trastorno de salud mental” en la vida. Al indagar por cada trastorno, se encontraron prevalencias de vida de 10,7 (IC95 %: 8,0 %-14,2 %) y de 2,2 % (IC95 %: 1,2 % 4,3 %) para trastornos del afecto en adultos

y adolescentes respectivamente. Por el lado de ansiedad, la prevalencia fue de 5,0 % (IC95 %: 3,5 % 7,2 %) y 7,0 % (IC95 %: 4,3 % 11,2 %). Mientras que el intento de suicidio se reportó en el 4,6 % (IC95 %: 2,9 7,2) de adultos y en el 0,9 % (IC95 %: 0,3-2,7) de los adolescentes. En los niños, el 5 % (IC95 %: 2,1 11,5) presentó cualquier trastorno en el último año (Tabla 3).

**Tabla 3.** Prevalencia de trastornos en salud mental

Trastornos de Salud Mental		n	%	IC95 %	
Adultos	Intento de suicidio	61	4,6	2,9	7,2
	Plan suicida	55	4,5	2,6	7,8
	Ideación suicida	148	10,3	7,6	13,8
	DSM-IV Afecto (12 meses)	62	3,4	2,1	5,4
	DSM-IV Afecto (30 días)	12	0,4	0,2	0,7
	DSM-IV Afecto (alguna vez en la vida)	192	10,7	8,0	14,2
	DSM-IV Ansiedad (12 meses)	50	2,3	1,5	3,4
	DSM-IV Ansiedad (30 días)	26	1,0	0,6	1,8
	DSM-IV Ansiedad (alguna vez en la vida)	94	5,0	3,5	7,2
	DSM-IV Cualquier trastorno (12 meses)	96	4,9	3,4	7,0
	DSM-IV Cualquier trastorno (30 días)	37	1,4	0,9	2,2
	DSM-IV Cualquier trastorno (alguna vez en la vida)	240	12,9	10,0	16,4
	Adolescentes	Intento de suicidio	4	0,9	0,3
Plan suicida		2	1,2	0,3	5,8
Ideación suicida		16	5,6	3,2	9,7
DSM-IV Afecto (12 meses)		7	1,3	0,6	3,0
DSM-IV Afecto (30 días)		3	0,3	0,1	1,0
DSM-IV Afecto (alguna vez en la vida)		11	2,2	1,2	4,3
DSM-IV Ansiedad (12 meses)		16	3,7	2,0	6,8
DSM-IV Ansiedad (30 días)		11	2,2	1,1	4,6
DSM-IV Ansiedad (alguna vez en la vida)		29	7,0	4,3	11,2
DSM-IV Cualquier trastorno (12 meses)		20	4,5	2,6	7,7
DSM-IV Cualquier trastorno (30 días)		14	2,6	1,3	4,9
DSM-IV Cualquier trastorno (alguna vez en la vida)	36	8,5	5,5	12,8	
Niños	DISC (último 12 meses) - Afecto	2	0,2	0,0	0,6
	DISC (último 12 meses) - Algún trastorno de inicio de la infancia	14	4,3	1,6	11,1
	DISC (último 12 meses) - Ansiedad	7	0,9	0,4	2,1
	DISC (último 12 meses) - Cualquier trastorno	19	5,0	2,1	11,5
	DISC (último mes) - Afecto	1	0,1	0,0	0,6
	DISC (último mes) - Algún trastorno de inicio de la infancia	11	3,7	1,2	10,9
	DISC (último mes) - Ansiedad	5	0,7	0,3	1,8
DISC (último mes) - Cualquier trastorno	14	4,1	1,4	11,1	

DSM: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders; DISC: Diagnostic Interview Schedule for Children; IC 95%: intervalo de confianza del 95 %.

### Consumo de sustancias psicoactivas

El alcohol fue la sustancia con mayor consumo en la vida (43,8 %; IC95 %: 39,1-48,7) de los cuales la mayoría consumió en los últimos 12 meses (79,3 %). Respecto a problemas relacionados con su consumo, el 9,7 % (IC95 %: 7,2-12,9) presentó consumo excesivo y el 12,2 % (IC95 %: 10,2-14,7) eran bebedores en riesgo. En cuanto al cigarrillo, el 5 % (IC95 3,7-6,8) lo ha probado alguna vez en la vida, y de ellos, el 7,2 lo consumió en el último año. La marihuana fue la sustancia ilícita de mayor consumo, con un 5,6 % (IC95 %: 3,7-8,5), de los cuales 4,3 % habían consumido el último año. Finalmente, en cuanto a otras sustancias, la prevalencia de consumo alguna vez en la vida fue de 3,2 % (IC95 %: 1,5-6,4) (6 % los últimos 12 meses). De la población encuestada, el 40 % (IC95 %: 35,6-44,6) reportó no haber consumido ninguna de las sustancias mencionadas.

En los adolescentes, el alcohol también tuvo la mayor prevalencia de consumo (27 %; IC95 %: 18,8-38,5 en la vida), de los cuales el 86,1 % consumió en los últimos 12 meses; sin embargo, hubo menor proporción de consumo excesivo o riesgoso (2,2 % y 3,6 % respectivamente). La segunda sustancia con mayor prevalencia de consumo fue la marihuana (3,9 % la ha consumido alguna vez en su vida; de ellos 4,8 % [IC95 %: 1,6-13,3] la consumió en el último año). El 1,4 % (IC95 %: 0,7-3) de los encuestados reportó consumo de alguna otra sustancia psicoactiva, mientras que el 0,8 % (IC95 %: 0,2-3,3) reportó consumo de cigarrillo. Por otro lado, el 66,2 % (IC95 %: 55,8-75,3) de los adolescentes encuestados no ha consumido ninguna de estas sustancias (Tabla 4).

**Tabla 4.** Prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas

Sustancias psicoactivas		n	%	IC95 %		
Adultos	Consumo de sustancias alguna vez en la vida					
	Alcohol	687	43,8	39,1	48,7	
	Cigarrillo	102	5,0	3,7	6,8	
	Marihuana	79	5,6	3,7	8,5	
	Otras	65	5,5	3,2	9,4	
	Ninguna de las anteriores	793	40,0	35,6	44,6	
	Consumo de sustancias en los últimos 12 meses					
	Alcohol	670	79,3	73,1	84,4	
	Cigarrillo	77	7,2	5,0	10,2	
	Marihuana	20	4,3	1,4	12,3	
	Otras	18	3,2	1,5	6,4	
	Ninguna de las anteriores	73	6,0	4,1	8,7	
	Problemas relacionados con consumo de alcohol					
	Probable dependencia al alcohol	10	0,5	0,2	1,1	
	Consumo excesivo	144	9,7	7,2	12,9	
	Bebedores en riesgo	228	12,2	10,1	14,7	
	Ninguno de los anteriores	1344	77,7	73,9	81,0	
	Adolescentes	Consumo de sustancias alguna vez en la vida				
		Alcohol	76	27,6	18,8	38,5
Cigarrillo		2	0,8	0,2	3,3	
Marihuana		13	3,9	1,9	7,9	
Otras		8	1,4	0,7	3,0	
Ninguna de las anteriores		201	66,2	55,8	75,3	
Consumo de sustancias en los últimos 12 meses						
Alcohol		73	86,1	72,5	93,5	
Cigarrillo		1	3,6	0,5	21,7	
Marihuana		6	4,8	1,6	13,3	
Otras		4	2,8	0,9	8,1	
Ninguna de las anteriores		2	2,8	0,7	10,9	
Problemas relacionados con consumo de alcohol						
Consumo excesivo		8	2,2	0,9	5,1	
Bebedores en riesgo		11	3,6	1,6	7,8	
Ninguno de los anteriores		281	94,2	89,7	96,8	

IC 95%: intervalo de confianza del 95 %.

## DISCUSIÓN

Los temas relacionados con la SM han tenido un creciente interés debido al aumento de su prevalencia y la consecuente carga de enfermedad (1,2). Su importancia se refleja en el desarrollo de políticas públicas regionales

y nacionales (12). Sin embargo, no encontramos en la literatura una caracterización específica sobre la SM de la población bogotana. Por tal razón, en este trabajo caracterizamos a la población en términos de SM a partir de información de la más reciente ENSM, con el propósito de aportar información a los tomadores de decisiones,

que permita direccionar los esfuerzos en términos de promoción y prevención de la SM en Bogotá.

### *Hallazgos en salud mental*

Bogotá cuenta con características distintas a las demás ciudades y municipios del país. Por ser la capital del país, concentra la mayor cantidad y diversidad de personas y culturas, así como diversas realidades y vivencias. Teniendo en cuenta esto, identificamos que la prevalencia general de problemas de salud mental (y específicamente la presencia de síntomas de ansiedad y depresión o de al menos un síntoma psicótico en la población adulta) se encuentra por encima de las correspondientes prevalencias acumuladas en el país. Esta situación es similar a la de la proporción de personas que han vivido un evento traumático; al respecto, la población bogotana se encuentra por encima del resto del país, con excepción de Antioquia (7).

A pesar de que el autorreporte de algún problema en salud mental (12 %) es mayor respecto al resto de país, sigue siendo menor la prevalencia en comparación con otras ciudades como São Paulo, Brasil (19,7 %)(13). No obstante, debemos ser cautelosos al realizar estas comparaciones, pues cada estudio emplea muestras con criterios de selección y puntos de corte distintos para determinar dichas prevalencias, además de las considerables diferencias demográficas entre las ciudades.

Con respecto a los trastornos de salud mental, las prevalencias de alguno de estos disminuyó en comparación con la información consignada en la ENSM de 2003 (14). Para el 2015, encontramos una prevalencia de trastornos de ansiedad del 5 %, de afecto del 10,7 % o de cualquier trastorno, del 12,9 % (sin incluir adicción a sustancias psicoactivas ni control de impulsos) (7); mientras que en reportes más antiguos (2003), las prevalencias reportadas fueron de 10 %, 6,8 % y 17,8 % (incluyendo adicción a sustancias psicoactivas, control de impulsos y los anteriores) respectivamente (15).

Las cifras mencionadas cobran importancia al señalar un aumento de la tasa de mortalidad por trastornos mentales y del comportamiento en la última década (16). No obstante, reportamos una disminución en trastornos específicos, como de cualquier trastorno de ansiedad, que pasó de 21,7 % a 5 % entre 2003 y 2015 (7,14). Este descenso se da a pesar de ser la ansiedad uno de los trastornos más prevalentes en el mundo, con comparadores como Distrito Federal en Brasil, con una prevalencia de 6,69 % en 2007 y una prevalencia global de 3,86 % para el mismo año (17).

Esta tendencia no fue diferente en los adolescentes; de hecho, el problema más prevalente fue el de ansiedad (por lo menos alguna vez en la vida). En estudios previos que evalúan la epidemiología de las enfermedades de salud

mental en adolescentes y niños a nivel mundial, como el de Merikangas et ál. (18), se reporta una prevalencia de ansiedad cercana al 8 %; en el presente estudio, por ejemplo, la prevalencia es del 7 %. El estudio de Llorca et ál. (19) considera que una posible explicación es que este grupo etario no cuenta con mecanismos adaptativos suficientes para enfrentar los problemas y superar los retos que trae esta etapa de la vida. Este puede llegar a ser un factor de riesgo de ansiedad para aquellos adolescentes que no cuenten con un adecuado soporte.

En cuanto a los trastornos del afecto, la literatura reporta una prevalencia cercana al 4 % (0,2-17 %) en adolescentes (18), lo cual dista de lo encontrado en nuestro estudio (2,2 %). Sin embargo, la baja tasa en nuestra población podría asociarse a barreras en el acceso a los servicios de salud identificadas en la ENSM 2015, que reportó como limitación principal las barreras actitudinales, que corresponden a bajo interés en asistir a las citas o miedo debido a la estigmatización y poco conocimiento de estas patologías (7).

Estas diferencias en las prevalencias también podrían ser explicadas por diversos aspectos metodológicos (distintos instrumentos, diferentes definiciones y distintas poblaciones) y en las diferencias culturales, como el hecho de estigmatizar los problemas de salud mental, lo cual ocasiona un subregistro de estos trastornos (20). También podrían deberse a la presencia de otros factores asociados como pertenecer a hogares de menores ingresos económicos o tener una familia disfuncional (21).

Finalmente, los niveles de ideación suicida en la ENSM 2015 fueron bajos en comparación con los resultados de un estudio realizado por la OMS en 32 países de ingresos medios y bajos. El estudio de la OMS reportó una prevalencia de ideación suicida de entre 5,1 % y 28,1 % e ideación con plan entre 1,7 % y 15,3 %. Esto refleja la heterogeneidad de este índice entre países y la complejidad del análisis de estas variables dada la multiplicidad de factores asociados (22).

### *Consumo de sustancias psicoactivas*

Según el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Bogotá (23), el 89,46 % de la población encuestada entre 12 y 65 años reportó consumo de alcohol alguna vez en la vida, lo cual contrasta con el 43,8 % y 27,6 % en adultos y adolescentes, respectivamente, según la ENSM 2015 (7). Por grupo etario, se encontró una mayor prevalencia en el consumo de alcohol entre adolescentes bogotanos, en comparación con los adolescentes de todo el territorio nacional, con un 27,6 % y 19,32 %, respectivamente, cifras elevadas por un posible consumo naturalizado de alcohol (24).

En cuanto al consumo de marihuana, se ha estimado una prevalencia del 13,37 % en población de 12 a 65 años (20), mientras que en la ENSM 2015 es del 5,6 % (IC95 %: 3,5-9,5) y 3,9 % (IC95 %: 1,9-7,9) en adultos y adolescentes, respectivamente. Por otra parte, el consumo de tabaco entre adolescentes de Bogotá en comparación con Colombia es menor, con prevalencias de 0,8 % en Bogotá, y de 4,77 % en Colombia (23). Respecto a la percepción de riesgo por consumir estas sustancias, la percepción de alto riesgo al fumar es menor en adolescentes, sobre todo al cambiar su presentación como ocurre con los sistemas electrónicos de administración de nicotina, aunque esta percepción aumenta con la edad (23,25,26). En contraste, la percepción de alto riesgo por consumo de marihuana es mayor: alcanza un 58,3 % de los encuestados en el Estudio de Consumo de Sustancias Psicoactivas. No obstante, la mayoría de la población considera que es fácil conseguir cualquiera de estas sustancias (20).

En este estudio encontramos prevalencias distintas a las reportadas en otros lugares del país e incluso a nivel mundial. Debido a las particularidades de la población bogotana, es destacable la importancia de caracterizar a la población de forma particular, en especial si se tiene en cuenta que agrupa un gran porcentaje de población de diversos orígenes y culturas. El conocimiento sobre las características particulares de salud mental de la población es fundamental para informar el desarrollo de políticas y medidas de prevención y mitigación en la ciudad. Finalmente, sigue siendo necesario ampliar el conocimiento en esta área, en particular en ciudades colombianas con grandes grupos poblacionales, en las que aún existe poca literatura sobre la caracterización, en términos de salud mental, de la población ♦

**Conflictos de intereses:** Ninguno.

## REFERENCIAS

- Organización Mundial de la Salud. Trastornos mentales. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 [cited 2020 Sep 7]. <https://bit.ly.co/6P1b>.
- Gómez-Restrepo C, Rincón CJ, Urrego-Mendoza Z. Salud mental, sufrimiento emocional, problemas y trastornos mentales de indígenas colombianos. Datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016; 45(S1):119-26. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.09.005>.
- Quitian H, Ruiz-Gaviria RE, Gómez-Restrepo C, Rondón M. Pobreza y trastornos mentales en la población colombiana, estudio nacional de salud mental 2015. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016 [cited 2021 Jan 23]; 45(S1):31-8. <https://bit.ly.co/6P1t>.
- Gómez-Restrepo C, De Santacruz C, Rodríguez N, Rodríguez V, Tamayo Martínez N, Matallana D, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2016 [cited 2021 Jan 23];45(S1):2-8. <https://bit.ly.co/6P2G>.
- Peñaloza Quintero RE, Salamanca Balen N, Rodríguez Hernández JM, Rodríguez García J, Beltrán Villegas AR. Estimación de la carga de enfermedad para Colombia, 2010 [cited 2021 Jan 23]. Bogotá: Editorial Pontificia Universidad Javeriana; 2010. <https://bit.ly.co/6P2I>.
- Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: Findings from the Global Burden of Disease Study. 2010. *Lancet.* 2013; 382(9904):1575-86. <https://doi.org/10.1007/s13280-012-0343-9>.
- Gómez-Restrepo C, Escudero de Santacruz C, Matallana Eslava D, González Ballesteros L, Rodríguez Romero V, Rodríguez Malagón MN, et al. Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Tomo I. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2015 [cited 2021 Jan 23]. <https://bit.ly.co/6P2Q>.
- Von Glasow R, Jickells TD, Baklanov A, Carmichael GR, Church TM, Gallardo L, et al. Megacities and large urban agglomerations in the coastal zone: Interactions between atmosphere, land, and marine ecosystems. *Ambio.* 2013; 42(1):13-28. <https://doi.org/10.1007/s13280-012-0343-9>.
- Andrade LH, Wang YP, Andreoni S, Silveira CM, Alexandrino-Silva C, Siu ER, et al. Mental disorders in megacities: Findings from the São Paulo megacity mental health survey, Brazil. *PLoS One.* 2012; 7(2):e31879. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0031879>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Análisis de Situación de Salud: Dimensión Convivencia Social y Salud Mental Colombia, 2014 Dirección de Epidemiología y Demografía. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2014 [cited 2020 Nov 5]. <https://bit.ly.co/6P2W>.
- 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(S1):9-18. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.001>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2014 [cited 2021 Jan 19]. <https://bit.ly.co/6P2b>.
- Dos Santos G, Alves MCGP, Goldbaum M, Cesar CLG, Gianini RJ. Prevalence of common mental disorders and associated factors in urban residents of São Paulo, Brazil. *Cad Saude Publica.* 2019; 35(11):e00236318. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00236318>.
- Ministerio de la Protección Social, Fundación FES-Social. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003. Cali: Gobierno de Colombia; 2005 [cited 2020 Nov 6]. <https://bit.ly.co/6P2o>.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Am Med Assoc.* 2004; 291(21):2581-90. <https://doi.org/10.1001/jama.291.21.2581>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. Reporte Indicadores Salud Mental por Geografía. SISPRO (SGD). Bogotá: Gobierno de Colombia; 2020 [cited 2020 Nov 6]. <https://bit.ly.co/6P2x>.
- Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME). Global Burden of Disease. Seattle; 2015.
- Merikangas KR, Nakamura EF, Kessler RC. Epidemiology of mental disorders in children and adolescents. *Dialogues Clin Neurosci.* 2009; 11(1):7-20. <https://doi.org/10.31887/DCNS.2009.11.1/krmerikangas>.
- Llorca A, Malonda E, Samper P. Anxiety in adolescence. Can we prevent it? *Med Oral Patol Oral Cir Bucal.* 2017;22(1):e70-5. <https://doi.org/10.4317/medoral.21754>.
- Cisneros GE, Ausín B. Prevalence of anxiety disorders in people over 65 years-old: A systematic review. *Rev Esp Geriatr Gerontol.* 2019; 54(1):34-48. <https://doi.org/10.1016/j.regg.2018.05.009>.
- Grant BF, Goldstein RB, Chou SP, Huang B, Stinson FS, Dawson DA, et al. Sociodemographic and psychopathologic predictors of first incidence of DSM-IV substance use, mood and anxiety disorders: Results

- from the Wave 2 National Epidemiologic Survey on Alcohol and Related Conditions. *Mol Psychiatry*. 2009;14(11):1051-66. <https://doi.org/10.1038/mp.2008.41>.
22. McKinnon B, Gariépy G, Sentenac M, Elga FJ. Adolescent suicidal behaviours in 32 low- and middle-income countries. *Bull World Health Organ*. 2016; 94:340-50. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.163295>.
23. Ministerio de Justicia y del Derecho, Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC, OEA, Embajada de los Estados Unidos de América en Colombia. Estudio Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas en Colombia 2013. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2014 [cited 2019 Dec 2]. <https://bit.ly.co/6P3P>.
24. Mejía-Trujillo J. Distintas familias, distintos consumos: relación de las dinámicas familiares con el consumo de alcohol en adolescentes en Colombia. *Hallazgos*. 2018 [cited 2019 Dec 2]; 14(28):63-82. <https://bit.ly.co/6P3T>.
25. Botero-Rodríguez F, Marroquín Rivera A, Leal Jaramillo A, Cabarique Méndez C, Gómez-Restrepo C. Sistemas electrónicos de administración de nicotina: ¿una amenaza para el neurodesarrollo de los adolescentes? *Univ Médica*. 2019; 60(4):1-8. <https://doi.org/10.11144/Javeriana.umed60-4.sean>.
26. Gómez-Restrepo C, Cabarique Méndez CA, Marroquín A, Botero Rodríguez F, Leal A. Con respecto al día mundial sin tabaco, ¿los cigarrillos electrónicos pueden afectar la salud y la salud mental? *Rev Colomb Psiquiatr*. 2019; 48(3):131-2. <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2019.06.001>.