



## Artículo original

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



Carlos Gómez-Restrepo<sup>a,b,\*</sup>, Adriana Bohórquez<sup>a</sup>, Nathalie Tamayo Martínez<sup>a,b</sup>, Martín Rondón<sup>a,b</sup>, Nubia Bautista<sup>c</sup>, Herney Rengifo<sup>d</sup> y Mauricio Medina Rico<sup>e</sup>

<sup>a</sup> Hospital Universitario San Ignacio, Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

<sup>b</sup> Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

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

<sup>d</sup> Dirección de Epidemiología y Demografía, Bogotá, Colombia

<sup>e</sup> Hospital Universitario San Ignacio, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

## INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

## Historia del artículo:

Recibido el 9 de junio de 2016

Aceptado el 29 de septiembre de 2016

On-line el 17 de noviembre de 2016

## Palabras clave:

Encuestas epidemiológicas

Depresión

Trastornos de ansiedad

Trastornos mentales

## RESUMEN

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

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

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

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

\* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: [cgomez\\_restrepo@yahoo.com](mailto:cgomez_restrepo@yahoo.com) (C. Gómez-Restrepo).

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

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

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

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

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

### A B S T R A C T

**Keywords:**  
Epidemiological surveys  
Depression  
Anxiety disorders  
Mental disorders

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

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

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

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

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

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

## Introducción

Las enfermedades mentales que más carga de enfermedad generan aparecen en la adolescencia; estas tienden a ser crónicas y su aparición en este grupo de edad se asocian a un peor pronóstico que cuando aparecen en la edad adulta. Las personas que las padecen tienen mayor riesgo de suicidio, comorbilidades con otros trastornos mentales, más conductas de riesgo y pobre desempeño en las áreas familiar, interpersonal y laboral<sup>1-5</sup>. Esto se refleja en que las enfermedades mentales, incluido el consumo de sustancias, generan la mayor carga de enfermedad de las personas jóvenes en años perdidos por discapacidad, donde representan un cuarto de todos los años y son la quinta causa cuando se consideran los años de vida ajustados por discapacidad<sup>6</sup>.

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

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

Entre los factores asociados en adolescentes con la presencia de trastornos mentales a lo largo de la vida, se encuentra el sexo, pues las mujeres tienen mayor prevalencia de trastornos del afecto y ansiedad, mientras los varones presentan mayor consumo de sustancias; otros factores son la edad (a mayor edad, mayor riesgo de trastornos mentales), la educación y el estado civil de los padres<sup>11</sup>. En cuanto a la presencia de trastornos mentales en los últimos 12 meses, se encontró para ansiedad: ser mujer, menor ingreso salarial en el hogar y menor educación en los padres; para trastornos del afecto, tener padres no casados y para la presencia de cualquier trastorno, tener antecedente familiar de enfermedad mental, disfunción familiar, no vivir con ambos padres y mayor edad en el adolescente<sup>7-9</sup>.

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

su relación con los factores de riesgo mencionados, se hace necesario reconocer las diferentes enfermedades mentales de los adolescentes colombianos e identificar los posibles factores de riesgo en nuestro medio para que se pueda dirigir de manera más efectiva las intervenciones a esta población, ya sean para tratamiento, recuperación o seguimiento<sup>12</sup>. El objetivo de este estudio es describir la prevalencia de las principales enfermedades mentales en la población de adolescentes colombianos en los últimos 30 días, el último año y a lo largo de la vida y evaluar los factores asociados que se encontraron en la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.

## Métodos

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

Para este estudio se utilizó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta, asistida por computador CIDI-CAPI para adolescentes con criterios DSM-IV. Los trastornos incluidos fueron los trastornos del afecto: depresión mayor y menor, distimia, trastorno afectivo bipolar y otros trastornos afectivos bipolares. Igualmente, los trastornos de ansiedad: trastorno de pánico, trastorno de ansiedad generalizada y fobia social, y el módulo de suicidio. Además se incluyeron preguntas sobre características generales del adolescente y su hogar, se midió el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP)<sup>13,14</sup>, se indagó sobre disfunción familiar con el APGAR familiar<sup>15</sup>, sobre consumo de alcohol por medio del AUDIT<sup>16</sup>, el PCL-C<sup>17</sup> en el que se modificó el marco temporal de los síntomas de 1 a 12 meses y la frecuencia de los síntomas conservando el mismo algoritmo diagnóstico, se creó un módulo sobre consumo de sustancias psicoactivas, otro de condiciones crónicas; la descripción de los instrumentos utilizados se puede ver en el artículo de este número o en el protocolo de estudio.

## Análisis estadístico

Los análisis fueron ponderados por medio de la estimación de varianza en encuestas complejas utilizando el método de linealización mediante series de Taylor con el programa Stata versión 13 (StataCorp.; College Station, Texas, Estados Unidos). Los resultados de este reporte son representativos de la población colombiana de 12-17 años de edad; al evaluarlos hay que tener en cuenta que los hallazgos con coeficientes de variación (CV) < 16,6% se consideran confiables desde el punto de vista estadístico, los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser evaluados con precaución y los que resultan > 33,3% se consideran imprecisos<sup>18</sup>. En este reporte, se presentan los

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

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

## Resultados

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

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

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

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

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

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

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

## Discusión

La salud mental de los adolescentes es un tema prioritario en la agenda de salud nacional<sup>19</sup> y también mundial<sup>20</sup>. Pese a que son pocos los estudios en población adolescente y los análisis realizados con la información de estos son diferentes, los resultados de este estudio aportan información importante respecto a los trastornos mentales de ansiedad y depresión de los adolescentes en Colombia, y se observan factores asociados similares. Los hallazgos de las prevalencias encontradas en esta encuesta son un poco menores que los del estudio de 2003 para los trastornos del afecto, aunque se evaluaron diferentes trastornos de ansiedad, donde se encontró una prevalencia en los últimos 12 meses de cualquiera de los trastorno del afecto del 1,2 frente al 5,3%<sup>8</sup>. Entre las limitaciones del estudio se encuentra la dificultad para comparar los resultados con otros sobre este tema en la población adolescente; hay que tener en cuenta que esta encuesta incluye población rural y las diferencias del contexto político y económico en que se realizaron las 2 encuestas son diferentes<sup>21-36</sup> y que la actual ENSM incluye un componente grande de bienestar, que se pregunta antes de evaluar los síntomas de trastornos mentales, lo que puede hacer que alguna situación reciente exalte o disminuya el estado afectivo basal del sujeto en el momento de la encuesta y lo lleve a contestar de manera diferente que en otro momento<sup>37-39</sup>, de modo que los resultados de estas encuestas pueden no ser comparables.

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

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

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

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

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



**Tabla 3 – (continuación)**

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

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

<sup>b</sup> Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, prevalencia en los últimos 12 meses.

<sup>c</sup> Por lo menos uno de los trastornos de ansiedad o del afecto de lo medidos, prevalencia en la vida.

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

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

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

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

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

<sup>b</sup> Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, prevalencia en los últimos 12 meses.

<sup>c</sup> Por lo menos uno de los trastornos de ansiedad o del afecto de lo medidos, prevalencia en la vida.

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

## Responsabilidades éticas

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

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

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

## Conflicto de intereses

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

## Agradecimientos

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

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

## BIBLIOGRAFÍA

- Murray CJL, Vos T, Lozano R, Naghavi M, Flaxman AD, Michaud C, et al. Disability-adjusted life years (DALYs) for 291 diseases and injuries in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2012;380:2197-223.
- Kessler RC, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas KR, Walters EE. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:593-602.
- Nowrouzi B, Kamhi R, Hu J, Kennedy JL, Matmari M, De Luca V. Age at onset mixture analysis and systematic comparison in schizophrenia spectrum disorders: Is the onset heterogeneity dependent on heterogeneous diagnosis. *Schizophr Res*. 2015;164:83-91.
- Zhu T, De Luca V, Gallagher LA, Woldeyohannes HO, Soczynska JK, Szymkowicz S, et al. Admixture analysis of age at onset in major depressive disorder. *Gen Hosp Psychiatry*. 2012;34:686-91.
- Carter TDC, Mundo E, Parikh SV, Kennedy JL. Early age at onset as a risk factor for poor outcome of bipolar disorder. *J Psychiatr Res*. 2003;37:297-303.
- Erskine HE, Moffitt TE, Copeland WE, Costello EJ, Ferrari AJ, Patton G, et al. A heavy burden on young minds: the global burden of mental and substance use disorders in children and youth. *Psychol Med*. 2015;45:1551-63.
- Roberts RE, Roberts CR, Xing Y. Rates of DSM-IV psychiatric disorders among adolescents in a large metropolitan area. *J Psychiatr Res*. 2007;41:959-67.
- Torres de Galvis Y, editor. Situación de salud mental del adolescente, Estudio Nacional de Salud Mental en Colombia: the who world mental health survey consortium. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito, Universidad CES; 2010.
- Vicente B, Saldivia S, De la Barra F, Kohn R, Pihan R, Valdivia M, et al. Prevalence of child and adolescent mental disorders in Chile: a community epidemiological study. *J Child Psychol Psychiatry*. 2012;53:1026-35.
- Green H. *Mental health of children and young people in Great Britain, 2004*. Basingstoke, New York: Palgrave MacMillan; 2005.
- Merikangas KR, He J-P, Burstein M, Swanson SA, Avenevoli S, Cui L, et al. Lifetime prevalence of mental disorders in U.S. adolescents: results from the National Comorbidity Survey Replication—Adolescent Supplement (NCS-A). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2010;49:980-9.
- Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291:2581-90.
- Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
- Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. *ISER Working Paper Series*. 2013.
- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
- Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol, 2013. Guía N.º 23 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social; 2013. Disponible en: [http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC\\_Completa\\_OH.pdf](http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC_Completa_OH.pdf).
- Veterans Affairs UD. PTSD Checklist — Civilian Version (PCL-C) [Internet]. 1994. Disponible en: [http://www.mirecc.va.gov/docs/vsn6/3.PTSD\\_CheckList.and.Scoring.pdf](http://www.mirecc.va.gov/docs/vsn6/3.PTSD_CheckList.and.Scoring.pdf).
- 5.0;1; Data accuracy and quality [Internet] [citado el 30 de julio de 2015]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026m/2007001/ch5-eng.htm>.
- Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20de%20Salud%20P%C3%ABlica%20-%20PDSP%20Colombia%202012-%202021.pdf>.
- Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: WHO; 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021\\_eng.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1).
- Boletín Anual de Estadísticas 2014 [Internet]. Bogotá: Migración Colombia; 2015 [citado el 10 de agosto de 2015]. Disponible en: <http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/boletin%20anual%202014.pdf>.

22. Marthe A, Tello J, Moreno S. Comportamiento del homicidio. Colombia, 2014. En: *Forensis 2014. Datos para la vida* [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. p. 91–131. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/88730/1656998/Forensis+Interactivo+2014.24-JUL.pdf/9085ad79-d2a9-4c0d-a17b-f845ab96534b>.
23. Ramírez L, Naranjo C. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. En: *Forensis 2014. Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. p. 319–51.
24. Alejo H, Gonzales J, Hernandez W. Conducta suicida según ciclo vital. En: *Forensis 2003. Datos para la vida* [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2003. p. 107–19. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33493/6+Suicidio.pdf/4bf9b97c-126c-4fad-bfcd-5ac7afdb9b39>.
25. Crecimiento del PIB. (% anual) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?page=2>.
26. Desempleo, total (% de la población activa total) (estimación modelado OIT) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS?page=4>.
27. El Banco Mundial. Inflación, precios al consumidor (% anual) [Internet]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/FP.CPI.TOTL.ZG>.
28. Inversión extranjera directa, entrada neta de capital (% del PIB) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/BX.KLT.DINV.WD.GD.ZS>.
29. DANE-OIM. Movimientos migratorios internacionales de Colombia. Anuario 2003 [Internet]. Oficina de Prensa OIM. Colombia: Quebecor World Bogotá; 2004 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: [https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migraciones/Anuario\\_2003.pdf](https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migraciones/Anuario_2003.pdf).
30. Muertes producto de la guerra (cantidad de personas) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/VC.BTL.DETH?page=4>.
31. PIB per cápita (US\$ a precios actuales) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?page=4>.
32. Pobreza monetaria y multidimensional en Colombia 2014. Boletín técnico [Internet]. Bogotá DANE; 2014 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: [http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones\\_vida/pobreza/bol.pobreza.14\\_.pdf](http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol.pobreza.14_.pdf).
33. Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Registro Único de Víctimas (RUV) [Internet]. 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://rmi.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>.
34. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) [Internet]. Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?page=4>.
35. De la Hoz G. Variaciones conceptuales y lugares comunes en la explicación del homicidio en Colombia. En: *Forensis 2003. Datos para la vida* [Internet]. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, CRNV; 2003. p. 25–47. Disponible en: <http://www.medicinalegal.gov.co/documents/10180/33493/2+Homicidios.pdf/d6c17bc9-448a-46a2-b137-6be93e48f975>.
36. Bérubé M. Colombia In the Crossfire [Internet]. migrationpolicy.org. 2005 [citado 14 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.migrationpolicy.org/article/colombia-crossfire>.
37. Croskerry P. Achieving quality in clinical decision making. *Cogn Strat Detect Bias*. 2002;9:1184–204.
38. Croskerry P. The importance of cognitive errors in diagnosis and strategies to minimize them. *Acad Med*. 2003;78:775–80.
39. Galanter CA, Patel VL. Medical decision making: a selective review for child psychiatrists and psychologists. *J Child Psychol Psychiatry*. 2005;46:675–89.