



ESTUDIO DE SALUD MENTAL

EN BOGOTÁ D.C., 2023

Informe ejecutivo

1



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD





ESTUDIO DE SALUD MENTAL

EN BOGOTÁ D.C., 2023

Informe ejecutivo

1



UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD





Este estudio fue realizado por la Alcaldía de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur

Diciembre de 2023

Para obtener la versión digital de este documento, puede consultar las siguientes páginas web:

www.saludcapital.gov.co
www.unodc.org/colombia

ISBN: 978-958-5554-72-6

Para citar este documento: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023. Informe ejecutivo (primer tomo). Colombia: Grafoscopio, 2023.



Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Claudia López Hernández
Alcaldesa Mayor de Bogotá

Secretaría Distrital de Salud

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud

Manuel Alfredo González Mayorga
Subsecretario de Salud Pública

Diana Moyano Romero
Directora de Epidemiología, Análisis y Gestión de Políticas en Salud Colectiva

Sol Yiber Beltrán
Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública

Henry Alejo Alejo
Profesional especializado Área de Vigilancia en Salud Pública

Organismo cooperante

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur

Candice Welsch
Representante Regional

Olivier Inizan
Representante Regional Adjunto

Área de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas

María Mercedes Dueñas
Coordinadora Regional

Diana Raquel Sierra
Coordinadora de Programas de Atención a Poblaciones en Riesgo

Daniel Ballesteros Sánchez
Líder en Gestión del Conocimiento













ESTUDIO DE SALUD MENTAL EN BOGOTÁ D.C., 2023

Primer tomo:

Informe ejecutivo



Tabla de contenido

 1. Presentación	9
 2. Introducción	11
 3. Metodología	14
 3.1. Componente cuantitativo	14
 3.2. Componente cualitativo	21
 4. Principales resultados	27
 4.1. Estado de la salud mental en Bogotá	27
 4.2. Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los habitantes de Bogotá	32
 5. Enlaces a versión digital del estudio completo, los microdatos e instrumentos	36
 6. Referencias bibliográficas	37



1.

Presentación

La salud mental ha sido un tema tabú histórico en el mundo, el país y la ciudad. Esto ha generado estigma hacia las personas, y familias de personas, con afectación de su salud mental, desconocimiento o subdiagnóstico. Finalmente, existe limitada capacidad sectorial e intersectorial para dar respuestas a las necesidades en salud mental.

Sumado a lo anterior, en 2020 se presentó la pandemia por el SARS-CoV-2, declarada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) el 11 de marzo de dicho año, generando condiciones restrictivas y factores de convivencia, trabajo y económicas, que impactaron la salud mental de todas las personas.

En ese sentido, para la Administración Distrital de Bogotá, en su propósito fehaciente de contribuir a la toma de decisiones, basada en la mejor evidencia posible para la implementación de políticas, planes y programas dirigidos a mejorar



las condiciones de vida y la salud mental de sus habitantes, en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur y con el apoyo técnico del Centro Nacional de Consultoría (CNC), realizó el primer estudio que da cuenta de los principales indicadores de los problemas y trastornos mentales y del comportamiento.

El estudio llevado a cabo cuenta con dos componentes: primero, uno de tipo cualitativo cuyos resultados esenciales se socializan en el presente documento y que dan cuenta de los efectos de la pandemia sobre la salud mental; y segundo, los hallazgos socializados aquí, se complementan a través de otro componente de tipo cuantitativo, que enriquece el conocimiento sobre dichos efectos, y que incluye indicadores fundamentales sobre los problemas y trastornos mentales y del comportamiento de mayor prevalencia e incidencia en la ciudad.

Con base en la información dispuesta en este primer tomo del *Estudio de salud mental en Bogotá D.C., 2023*, se tendrá dispuesta información útil y complementaria a los resultados cuantitativos publicados en el segundo tomo, correspondiente al componente cuantitativo, a fin de contribuir y orientar la toma de decisiones dirigidas a hacer frente a las afectaciones históricas en salud mental y consecuencias derivadas de la pandemia, con énfasis en los colectivos o segmentos de población más afectados.

La investigación que estamos presentando se constituye en un instrumento de mayor importancia que permitirá a tomadores de decisiones, academia, sociedad civil y a la comunidad en general, conocer la actual situación de la salud mental en el Distrito Capital; para varios grupos de referencia en su componente cualitativo y con desagregación local, que incluye población tanto urbana como rural, así como los diversos cursos de vida, segmentos de población y colectivos en mayor condición de vulnerabilidad.

Claudia López Hernández
Alcaldesa Mayor de Bogotá, D.C.

Alejandro Gómez López
Secretario Distrital de Salud de Bogotá D.C.



2.

Introducción

En cumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024, *Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI*, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha desarrollado el *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023* con apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur.

Este estudio tiene por objetivo aportar a la ciudad de Bogotá información sobre el estado de la salud mental, tanto de la población en general como de grupos poblacionales específicos. Para lograrlo, el estudio contó con un componente cuantitativo que empleó instrumentos validados y sencillos, según variables demográficas básicas, localidades, población urbana/rural y agrupación de síntomas; también incluyó un componente cualitativo que se desarrolló por medio de grupos focales y entrevistas a grupos de referencia en el periodo de mayor criticidad de la pandemia de COVID-19.



La aplicación de dichos instrumentos y técnicas permitieron medir los factores que están agudizando las problemáticas de salud mental y su impacto en la población habitante de Bogotá. El estudio profundiza en los datos indispensables para generar información útil, válida y confiable de los principales problemas de salud mental, los trastornos mentales y del comportamiento, y su distribución demográfica y geográfica; también da a conocer experiencias vitales y emocionales significativas que fueron generadas por la pandemia del COVID-19. Esto con el fin de dirigir y focalizar los planes, estrategias, programas, proyectos y acciones específicas encaminadas a orientar la gestión del riesgo individual y colectivo en la ciudad capital, para hacer frente a las problemáticas más agudas relacionadas con la salud mental y promover el bienestar y la calidad de vida.

El *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. 2023* se encuentra dividido en tres tomos. El primero es el **Informe ejecutivo**, que presenta los principales resultados, tanto cualitativos como cuantitativos. El segundo corresponde al **Estado de la salud mental**, que contiene la información epidemiológica obtenida tras aplicar más de 15.151 encuestas hogar. Esta información se encuentra desagregada para cada una de las 20 localidades, tiene alcance urbano/rural, y aborda la salud mental, los trastornos mentales y del comportamiento, la atención en salud y los indicadores relacionados con el impacto de la pandemia del COVID-19, además contiene recursos como mapas, tablas y gráficos de interés para el Distrito y la ciudadanía. El tercer tomo se denomina **Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental**, y contiene la información cualitativa recolectada a través de la participación de 369 personas en diversos

grupos focales y entrevistas a profundidad. Estas personas fueron seleccionadas por pertenecer a grupos de referencia que tuvieron una alta vulnerabilidad en el periodo de mayor criticidad de la pandemia, en términos de los impactos en su vida y su salud mental.

El **tomo uno** presenta de forma integrada los principales hallazgos del estudio, tanto en el componente cuantitativo como en el cualitativo. Es una herramienta importante para las y los tomadores de decisiones en materia de salud mental, ya que se ubican brevemente las principales tendencias y patrones resultantes de la investigación.

El **tomo dos** contiene tres apartados y cinco capítulos que exponen de manera puntual los principales hallazgos en términos de indicadores estadísticos relacionados con cada uno de los trastornos, así como su relación con variables sociodemográficas, distribución geográfica, prevalencias, incidencias, entre otras.

- 1. Primer apartado:** informa sobre los antecedentes, el marco político y normativo internacional y nacional del estudio, así como el marco conceptual de la salud mental.
- 2. Segundo apartado:** presenta los objetivos y la metodología utilizada, así como la descripción de la muestra del estudio. Se titula “Sobre el desarrollo del estudio: significados, procedimientos y alcances”.
- 3. Tercer apartado:** contiene los resultados del estudio y está dividido en cinco capítulos.



- **Capítulo 1:** Señales de alerta temprana de las afectaciones por salud mental. Contiene los resultados obtenidos de los instrumentos de tamizaje que se aplicaron a niños, niñas, adolescentes, familias y adultos mayores.
 - **Capítulo 2:** El estado en la salud mental de los habitantes de Bogotá. Expone los resultados de indicadores de salud mental y de cada uno de los trastornos mentales y del comportamiento.
 - **Capítulo 3:** Efectos en la salud mental de los habitantes de Bogotá expuestos al COVID-19. Presenta información cualitativa sobre la relación entre la pandemia y la salud mental.
 - **Capítulo 4:** Acceso a los servicios de salud mental. Muestra los resultados en materia de la prestación de servicios para personas que acuden o son remitidas por temas de salud mental.
 - **Capítulo 5:** Los colectivos más vulnerables. Profundiza sobre la salud mental de poblaciones específicas – mujeres, personas con identidad de género diversa y población que se reconoce como étnica –.
- Vivencias y experiencias
 - Afectaciones en salud mental
 - Consumo de sustancias psicoactivas
 - Resiliencia
 - Colectivos más vulnerables

3. El tercero recoge las conclusiones y recomendaciones.

El estudio fue diseñado por la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y sometido a los comités de ética de ambas instituciones. La dirección técnica de la fase operativa se efectuó de manera conjunta entre la Secretaría Distrital de Salud y UNODC, a través de un comité interinstitucional conformado para tal efecto. Para el componente cuantitativo se constituyó una alianza estratégica de carácter técnico y operativo con el Centro Nacional de Consultoría para la realización del trabajo de campo.

Es importante resaltar que el estudio no realiza diagnósticos; sin embargo, permite obtener indicios o presunción sobre el estado de la salud mental, los problemas y trastornos de la población habitante de Bogotá. Esto permite brindar recomendaciones para el desarrollo de acciones de promoción de la salud mental y de prevención, intervención y mitigación de problemáticas crónicas asociadas a esta.

Por su parte, el **tomo tres** está estructurado en tres apartados:

1. El primer apartado contiene el marco conceptual y la metodología.
2. El segundo expone los resultados en cinco capítulos que desarrollan las categorías centrales de la investigación:



3.1. Componente cuantitativo - Estado de la salud mental de los habitantes de Bogotá

| Delimitación y alcance del estudio

En esta investigación se abarcan: la percepción de las personas sobre su salud mental, su bienestar subjetivo y sus síntomas de malestar emocional; los riesgos o indicios de trastornos mentales y del comportamiento; los trastornos mentales diagnosticados referidos por las personas encuestadas; las consecuencias identificables de la pandemia de COVID-19 en la salud mental; los indicadores de autocuidado y resiliencia; la demanda de atención y el acceso a servicios de salud mental, así como una aproximación a los determinantes sociales de la salud mental, considerando las características sociodemográficas de la población.

Con este fin, se partió de la recolección de información en hogares seleccionados aleatoriamente dentro del universo poblacional de la ciudad, con la participación de personas que también fueron seleccionadas de manera aleatoria en cada hogar abordado. En este contexto, el contenido de la exploración fue delimitado, focalizado, detallado diferencialmente, integrado, factible y extensivo a la población de Bogotá.

La delimitación del contenido y su alcance implicó: unas preguntas comunes, un lenguaje simplificado, una terminología uniforme, unos tópicos generales y unos indicadores específicos; que arrojaron estimaciones confiables para el conjunto de la población estudiada y sus segmentos constitutivos, según variables sociodemográficas.

3.

Metodología



En el trabajo de campo, el equipo encuestador visitó hogares seleccionados al azar. Después de explicar brevemente el estudio, pidió amablemente que un miembro de la familia participara, y una vez que la cabeza de la familia aceptó, la persona encuestadora hizo una lista de las y los integrantes del hogar y eligió a la persona a entrevistar.

El proceso de aplicación de la encuesta podía tener algunas limitaciones: en algunos casos se presentaron interrupciones durante la encuesta, principalmente por el efecto que causan preguntas sensibles, por ejemplo, en lo relacionado con ideación suicida. Considerando lo anterior, se contó con el soporte en campo de profesionales en psicología, quienes brindaron primeros auxilios psicológicos. Así mismo, una sección del formulario fue programada para generar señales de alerta para remisión al sistema de salud, ya fuera por solicitud de la persona encuestada o según la percepción de quien aplicaba la encuesta (es decir, si la persona que aplicaba la encuesta determinaba que el/la respondiente requería intervención o atención en salud mental). Dicha sección permitió recolectar información personal para contacto posterior, con autorización expresa de la persona encuestada, y con el fin de movilizar la red del Distrito para brindar soporte a través de sus estrategias de salud pública.

A diferencia de un abordaje clínico con fines diagnósticos, y su consiguiente exploración individualizada a profundidad, esta encuesta de corte epidemiológico se enfocó en indicadores básicos esenciales de eventos y constelaciones de eventos de salud mental. En este sentido, la información contenida en relación con indicios y riesgos de trastornos es estadística y no corresponde a diagnósticos emitidos por

profesionales en salud mental. Así mismo, la información sobre diagnósticos de trastornos de salud mental y del comportamiento corresponde a referencias de los encuestados y no se constató con la revisión de las historias clínicas. La encuesta se centra en la distribución, frecuencia y factores determinantes de los problemas y trastornos de salud mental en el conjunto de la población estudiada.

| Marco muestral

Con el propósito de implementar el diseño muestral, se utilizó el Marco Geoestadístico Nacional (MGN) de 2021, dispuesto por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) para identificar los hogares y viviendas que se localizan en cada una de las unidades catastrales a nivel de manzanas, área y localidad, y así identificar la población de interés.

| Diseño muestral

Para la encuesta del *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023* se diseñó una muestra probabilística, multietápica, estratificada y de elementos. El diseño de muestreo fue de tipo probabilístico porque cada unidad del universo estudiado tuvo una probabilidad de selección conocida y mayor que cero. Como lo mencionan Särndal, Swensson, y Wretman (1), las muestras probabilísticas garantizan la posibilidad de generalizar o inferir los resultados muestrales a los universos de los cuales han sido seleccionadas, con un determinado error de estimación (error de muestreo).

Los estratos de muestreo son definidos a partir de criterios temáticos y estadísticos. De manera temática, se definió a las 20 localidades como los estratos de muestreo, y para las



localidades de Ciudad Bolívar, Suba y Usme se subestratificó según el área en urbano y rural. Dentro de los estratos urbanos se realizó el procedimiento de Lavallée e Hidiroglou (1988) para subestratificar a las manzanas cartográficas según la densidad poblacional.

Las unidades primarias de muestreo (UPMs) fueron seleccionadas usando un diseño de muestreo aleatorio simple (MAS) con algoritmo

de selección de coordinado negativo (1). Las unidades secundarias de muestreo (USMs) fueron seleccionadas de manera sistemática.

La tabla 1 presenta los tamaños de muestra finales que fueron recolectados por localidad, según sexo. La tabla 2 presenta la muestra final del estudio por rangos de edad y en la tabla 3 se encuentra la muestra por área.

Tabla 1. Tamaño de muestra final por localidad.

Localidad	Total	Hombre	Mujer
Usaquén	773	341	432
Chapinero	777	403	374
Santa Fe	785	390	395
San Cristóbal	776	386	390
Usme	778	382	396
Tunjuelito	781	393	388
Bosa	812	365	447
Kennedy	828	354	474
Fontibón	808	379	429
Engativá	772	367	405
Suba	690	313	377
Barrios Unidos	790	397	393
Teusaquillo	770	391	379
Los Mártires	775	380	395
Antonio Nariño	765	340	425
Puente Aranda	774	388	386
La Candelaria	734	355	379
Rafael Uribe Uribe	772	363	409
Ciudad Bolívar	938	392	546
Sumapaz	253	112	141
Total	15.151	7.191	7.960

Tabla 2. Tamaño de muestra final por rangos de edad

Rango de edad	Encuestas
De 7 a 11 años	680
De 12 a 17 años	686
De 18 a 28 años	2.972
De 29 a 59 años	7.051
60 años o más	3.762
Total	15.151

**Tabla 3.** Tamaño de muestra final por área

Área	Encuestas
Urbana	14.403
Rural	748
Total	15.151

| Herramientas metodológicas

Para la recolección de información se creó un filtro de selección, que incluyó desde el cargue de manzanas hasta la selección de la vivienda y, dentro de ella, la selección de la persona. Dependiendo de la selección aleatoria de la persona dentro del hogar, se aplicaron distintos formularios para los tres segmentos etarios (niñas/os, adolescentes y mayores de 18 años), con preguntas categóricas cerradas, de respuesta simple (binaria: sí/no), diferencial en un rango (ej., nada-poco-medianamente-mucho-demasiado), o escogencia múltiple, entre un menú de alternativas, incluyendo la no-respuesta. A continuación se presentan las secciones incluidas en cada segmento.

▸ Niños de 7 a 11 años

Este formulario cuenta con 92 preguntas que fueron respondidas por una persona adulta a cargo del niño o niña. El mismo contiene las siguientes secciones:

- RQC
- APGAR familiar niño
- Escala de parentalidad y ajuste familiar (PAFAS)
- Escala de padres involucrados
- Trastornos del desarrollo intelectual
- Cuestionario de problemas de aprendizaje (CEPA)
- Trastornos del desarrollo del aprendizaje

- Trastorno por hiperactividad con déficit de atención
- Trastornos conductuales en la infancia
- Trastornos del espectro autista
- Epilepsia
- Acceso a servicios de salud mental (EA/AT)

▸ Adolescentes de 12 a 17 años

Este formulario cuenta con 152 preguntas que respondieron las y los adolescentes, posterior a la firma del consentimiento informado por parte de las y los acudientes a su cargo. Contiene las siguientes secciones:

- Calidad de vida (Q-LES-Q)
- Bienestar subjetivo (ENSM)
- Percepción de salud y de salud mental
- Autovaloración de la salud mental (ENSM)
- RQC
- APGAR familiar adolescentes
- Escala de padres involucrados
- AUDIT
- Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas
- Trastornos del desarrollo intelectual
- Trastornos del desarrollo del aprendizaje
- Trastornos por hiperactividad con déficit de la atención
- Trastornos del espectro autista
- Cuestionario de comportamientos suicidas
- Ideación suicida
- Epilepsia
- *Prodromal questionnaire-brief*



- Trastornos psicóticos
- Sucesos ocurridos durante la pandemia por COVID-19
- Acceso a servicios de salud mental (EA/AT)

▸ Mayores de 18

Este formulario cuenta con 132 preguntas, el mismo contiene las siguientes secciones:

- Calidad de vida: disfrute y satisfacción (Q-LES-Q)
- Bienestar subjetivo (ENSM)
- Percepción de salud y de salud mental (ENSM)
- Autovaloración de la salud mental (ENSM)
- SRQ
- APGAR familiar
- AUDIT
- Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas
- PHQ-2
- Trastornos depresivos
- Escala de ansiedad generalizada (GAD-2)
- Trastornos de ansiedad
- Cuestionario de trastornos del estado de ánimo (MDQ)
- Trastornos bipolares
- Estrés postraumático (PTSD-S-CIE-11)
- Comportamientos suicidas (SBQ-R)
- Ideación suicida
- Trastornos psicóticos
- Demencias

- Epilepsia
- Sucesos ocurridos durante la pandemia de COVID-19
- Acceso a servicios de salud mental (EA/AT)

La definición operacional de la estrategia y los instrumentos de recolección de información se soportan en una revisión prospectiva del marco conceptual, las variables de estudio y las categorías de análisis. Esto, a la luz de los antecedentes investigativos y los recursos técnicos mayormente conocidos y utilizados en la producción de conocimiento en esta materia. La revisión realizada y expuesta en este documento define una perspectiva epistemológica, cuyo referente técnico operativo son las herramientas o baterías de preguntas que se incluyeron en el formulario de entrevista.

▮ Criterios de los instrumentos de recolección de información

La decisión sobre las características, el contenido, la construcción y la selección de los insumos o apartes del formulario, en sus tres versiones 'etarias' (niñas/os, adolescentes, adultos), se rigió por criterios básicos de orden epistemológico, ético y técnico. Estos criterios están ligados con el marco formal de referencia y el contexto antes expuesto:

1. Consistencia del instrumento: el instrumento está en consonancia con el concepto actual de salud mental y con una perspectiva holística de abordaje de la salud mental. La indagación abarcó indicadores de bienestar subjetivo, satisfacción, afectaciones frecuentes o prevalentes en la salud mental; la posible conjunción de señales o síntomas de problemas psicológicos o trastornos mayores, así como la demanda de atención, el acceso y la percepción de los servicios de salud mental. El instrumento registró



indicadores de autocuidado y resiliencia; las recomendaciones que dicta la experiencia y el saber de la población para mejorar la salud mental.

2. Pertinencia para la política pública y la acción institucional:

en línea con los TdR del estudio, el instrumento priorizó la necesidad de contar con información que dé cuenta de los indicadores esenciales sobre problemas de salud mental, así como de los trastornos mentales y del comportamiento. Esto, con desagregación hasta el nivel local, de manera que permite focalizar los esfuerzos dirigidos hacia la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y su diagnóstico oportuno.

3. Focalización: identificación y estimación de problemas y trastornos de salud mental más frecuentes y prioritarios en la ciudad, considerando su prevalencia y la carga asociada de morbilidad, discapacidad y afectación social en la población; según la investigación previa (local, nacional y en las Américas).

4. Selección de preguntas o baterías de preguntas/ítems relevantes: para el cuestionario del estudio, se seleccionaron preguntas a partir de instrumentos reconocidos, validados y previamente usados en estudios poblacionales afines en el contexto local o nacional (con aplicación mediante entrevista-encuesta en hogares). Se dio prioridad a aquellos que cuentan con el respaldo de la OMS/OPS, el MSPS, la SDS u otras instancias institucionales, académicas o profesionales.

5. Comparabilidad de la información recolectada: se tuvo en cuenta la comparabilidad con otros estudios locales, nacionales o internacionales, con similares indicadores y categorías de análisis.

6. Alcance del instrumento según contexto de aplicación:

se usaron instrumentos cuya aplicabilidad, según características del formulario y condiciones de aplicación, es apropiada en el contexto de una entrevista. Se aseguró que estos instrumentos fueran aplicables a una muestra aleatoria de hogares/personas en su privacidad, sin requerir un encuadre clínico, ni un entorno/contexto situacional de atención en salud.

7. Adecuación de los instrumentos a los perfiles de las personas participantes y a las condiciones de aplicación, con enfoque diferencial:

para esta adecuación se consideraron aspectos tales como el protocolo de presentación, el lenguaje, los términos utilizados, la secuencia de las preguntas, la claridad de los enunciados, la facilidad de respuesta y la duración de la entrevista.

8. Autonomía, consentimiento y/o asentimiento informado, libertad de expresión y comodidad de las y los participantes:

estos aspectos se garantizaron en el proceso de abordaje de las personas participantes y de recolección de información. En el encuadre de la interacción entre entrevistador(a) y persona entrevistada, se registró la información que, con base en las preguntas formuladas en la entrevista, el o la participante proporcionó de manera espontánea, libre y con plena autonomía.

9. Garantía de anonimato, confidencialidad y manejo reservado de la información:

estas garantías fueron formalmente definidas en los protocolos correspondientes de asentimiento y consentimiento informado; así como las demás pautas éticas contempladas en la normatividad internacional sobre investigación en salud con seres humanos. Además, constituyen el soporte fáctico sustancial de la validez, la confiabilidad y el



beneficio social de la información obtenida en el desarrollo de este estudio.

10. Formalidad con empatía: la aplicación de los formularios transcurrió como una conversación estructurada, organizada en una secuencia lógica, tan centrada como corresponde en una entrevista formal. No obstante, fue cálida, afable y empática, como lo amerita una relación interpersonal

en torno a una realidad profundamente humana como las vivencias de las y los informantes.

| Distribución de la muestra

La **tabla 4** presenta la distribución de la muestra por localidades para el estudio.

Tabla 4. Distribución de la muestra para el estudio.

Localidad	Total		Urbana		Rural	
	#	%	#	%	#	%
Base (Real)= Total entrevistados	15.151	15.151	14.405	14.405	746	746
Base (Exp.)=	7.290.336	7.290.336	7.266.182	7.266.182	24.137	24.137
Antonio Nariño	75.040	1.03 %	75.040	1.03 %	0	-
Barrios Unidos	141.564	1.94 %	141.564	1.95 %	0	-
Bosa	659.413	9.05 %	659.413	9.08 %	0	-
Chapinero	164.667	2.26 %	164.667	2.27 %	0	-
Ciudad Bolívar	584.431	8.02 %	575.341	7.92 %	9.090	37.66 %
Engativá	766.241	10.51 %	766.241	10.55 %	0	-
Fontibón	374.836	5.14 %	374.836	5.16 %	0	-
Kennedy	961.223	13.18 %	961.223	13.23 %	0	-
La Candelaria	17.546	0.24 %	17.546	0.24 %	0	-
Los Mártires	76.011	1.04 %	76.011	1.05 %	0	-
Puente Aranda	238.803	3.28 %	238.803	3.29 %	0	-
Rafael Uribe Uribe	350.290	4.80 %	350.290	4.82 %	0	-
Santa Fe	95.608	1.31 %	95.608	1.32 %	0	-
San Cristóbal	363.257	4.98 %	363.257	5.00 %	0	-
Suba	1.195.640	16.40 %	1.192.095	16.41 %	3.545	14.69 %
Sumapaz	2.844	0.04 %	0	-	2.844	11.78 %
Teusaquillo	156.909	2.15 %	156.909	2.16 %	0	-
Tunjuelito	163.231	2.24 %	163.231	2.25 %	0	-
Usaquén	543.582	7.46 %	543.582	7.48 %	0	-
Usme	359.205	4.93 %	350.548	4.82 %	8.657	35.87 %



3.2. Componente cualitativo - Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental

Como componente cualitativo del *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023*, la investigación sobre los **efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental** empleó una metodología cualitativa, que permitió recabar información útil, válida y confiable sobre los principales problemas de salud mental y trastornos mentales y del comportamiento en las poblaciones participantes. Esta metodología implicó la interacción directa del equipo investigador con las y los participantes, y se centró en sus experiencias, opiniones y relatos; profundizando en los determinantes y factores de riesgo identificados, lo cual resultó crucial para abordar la complejidad de la salud mental.

Cada una de las actividades de recolección de datos fue dirigida en campo por profesionales de las ciencias sociales, humanas y de la salud, quienes cuentan con formación en primeros auxilios psicológicos y contención en crisis, evitando así la acción con daño y considerando la sensibilidad de la temática.

Adicionalmente, cabe destacar que durante las diferentes fases del estudio se llevaron a cabo acciones permanentes de coordinación, seguimiento y comunicación por parte del comité técnico conformado por la Secretaría Distrital de Salud y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC), con el fin de supervisar y garantizar la correcta realización de la investigación.

Diseño metodológico de la investigación

El diseño de esta investigación cualitativa adoptó un enfoque hermenéutico, reconociendo que este:

Se centra en las interpretaciones de fenómenos sociales como herramientas, obras artísticas, declaraciones personales y en particular acciones de los seres humanos en entornos sociales (...), y tiene como finalidad el descubrimiento del significado de las cosas, mediante la interpretación correcta de los términos, escritos, textos, gestos y, de forma general, el comportamiento del ser humano (2).

En este sentido, la investigación se centró en analizar los relatos de los grupos de referencia de la población residente en Bogotá, en torno a sus experiencias y percepciones en el contexto de la pandemia por COVID-19. Lo anterior se realizó a través de las técnicas de grupos focales y entrevistas a profundidad, rastreando patrones y tendencias en las categorías de vivencias y experiencias, salud mental, consumo de sustancias psicoactivas y resiliencia.

Así mismo, las características generales de este componente cualitativo son:

- Flexibilidad en el análisis de acuerdo con los hallazgos que surgían a partir de la recolección de la información.
- Énfasis en la comprensión del fenómeno, dado que la investigación no buscó hacer ningún tipo de predicción sobre la salud mental de las personas residentes en Bogotá.
- La investigación contó con instrumentos probados en una fase piloto y validados para la fase de implementación.
- El análisis de los datos se realizó de manera continua y a lo largo de todo el proceso.



| Población objetivo

La población objetivo para este estudio estuvo compuesta por personas residentes en Bogotá, en el rango de edad de 12 a 69 años, representativas de segmentos o grupos poblacionales que fueron identificados como especialmente vulnerables, expuestos o afectados por la pandemia; ya sea debido a atributos sociodemográficos (mujeres, niñas, niños, adolescentes y adultos/os mayores), o a las características del rol, la profesión o la actividad principal que desempeñaban al momento de la pandemia (personal de la salud, educadores, vendedoras/es en el espacio público). De tal forma, se determinaron 10 grupos de poblaciones focalizadas o grupos de referencia:

1. Docentes y cuidadoras/es de niñas y niños menores de 6 años.
2. Docentes de niñas, niños y adolescentes entre 7 y 17 años
3. Personal de la salud
 - Personal de enfermería, personal médico y terapeutas (incluidas/os quienes brindan atención domiciliaria)
 - Personal médico y de enfermería en unidades de cuidados intensivos (UCI)
 - Personal médico y de enfermería en urgencias
 - Personal auxiliar: conductoras/es de ambulancia, camilleras/os y personal de servicios generales en instalaciones de servicios médicos
 - Personal de atención en salud mental: psicólogas/os, psiquiatras, trabajadoras/es sociales (incluidas/os quienes brindan atención domiciliaria)
- Profesionales de las líneas gratuitas de atención en salud mental (en teletrabajo): Línea 106, Línea Púrpura, Línea Psicoactiva, Línea Diversa, Línea Calma, Una llamada de Vida, Línea Sergio Urrego, Línea 123
4. Conductoras/es y vendedoras/es informales que trabajan en el espacio público
5. Personal de atención al público en establecimientos cerrados: oficinistas, empleados de almacenes y personal en puntos de atención a la ciudadanía
6. Personal de atención en hogares de paso - comunidades de apoyo
7. Trabajadoras/es de oficina, en casa, independientes y personas que se dedican al cuidado del hogar (quienes no atienden público)
8. Personas desempleadas
9. Adolescentes escolarizadas/os
10. Estudiantes universitarias/os

Para la selección de los participantes del estudio, se realizó un muestreo no probabilístico y por conveniencia, de acuerdo con la pertenencia de las personas a los grupos de referencia definidos y con unos factores de inclusión determinados que se mencionan más adelante. Esta selección se dio a partir de la identificación de actores, instituciones, organizaciones y entidades claves, así como del reconocimiento de informantes potenciales y la red de contactos del equipo investigador y de las y los participantes. Complementando esta técnica, se realizó un muestreo de bola de nieve, propositivo y voluntario, orientado a vincular más participantes al estudio.



► Criterios de inclusión

Se definieron los siguientes criterios de inclusión para los grupos focales y las entrevistas a profundidad:

- Ser residente de la ciudad de Bogotá (área urbana o rural) y haber vivido en la ciudad durante la pandemia de COVID-19.
- Para pertenecer a los diferentes grupos de referencia (personal de salud, docentes, estudiantes, etc.) su rol debía estar vigente durante el periodo de mayor criticidad de la pandemia (6 de marzo de 2020 - 31 de agosto de 2021).
- Para el grupo de adolescentes y jóvenes: haber nacido entre el año 2003 y 2008.
- Para el grupo de estudiantes universitarios: haber cursado algún semestre de una carrera universitaria o técnica durante el periodo de mayor criticidad de la pandemia.
- Para el grupo de personas desempleadas: en este grupo participaron quienes perdieron el empleo durante el periodo crítico de la pandemia y quienes ya estaban desempleadas/os cuando comenzó la pandemia.

► Criterios de exclusión

Dadas las consideraciones éticas de la investigación, relacionadas con la reducción del daño potencial, se excluyó de la muestra a:

- Personas en situación de habitabilidad en calle
- Personas que al momento de la entrevista se encontraban en algún estado alterado de conciencia
- Personas que no deseaban participar o no firmaron el consentimiento y/o asentimiento informado

- Personas que no se encontraban en los rangos de edad o grupos de referencia definidos para el estudio
- Personas que no residían en Bogotá ni vivieron en la ciudad durante la pandemia de COVID-19

| Aspectos éticos del estudio

El componente cualitativo se enmarcó en las *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*, elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS) en colaboración con la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se corroboró su pleno cumplimiento en todas las fases de la investigación. Entre los principios que guiaron el proceso de recolección, sistematización y análisis de la información, se encuentran los siguientes:



Respeto por las y los participantes: el equipo investigador se aseguró de que las y los participantes del estudio fuesen tratadas/os con respeto y dignidad, lo cual implicó obtener su consentimiento informado antes de la participación en los grupos focales o entrevistas a profundidad, proteger su privacidad y confidencialidad, y evitar cualquier forma de explotación o daño (3). Para autorizar la participación en el estudio de la población menor de 18 años se diseñó y aplicó un asentimiento informado que complementó el consentimiento firmado por sus padres, madres o representantes legales.



Integridad científica: el estudio se desarrolló de manera científicamente rigurosa y objetiva, lo que implicó evitar cualquier forma de sesgo o



manipulación de los datos, junto con la transparencia en la presentación de los resultados.



Responsabilidad social: se reconoció el impacto social del estudio y se aseguró que no causara daño a las y los participantes o a la sociedad en general. Esto implicó considerar cuidadosamente los posibles riesgos y beneficios del estudio, y tomar medidas para minimizar cualquier daño potencial (4).



Pluralismo: se reconoció, respetó y promovió la diversidad de perspectivas y valores de las personas participantes en la investigación. En todas las fases, el equipo investigador demostró sensibilidad ante las diferencias culturales y sociales, y evitó cualquier forma de discriminación o exclusión.



Confidencialidad: se protegió la privacidad de las y los participantes y se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida durante la investigación. Para lograrlo, se tomaron medidas de almacenamiento y manejo seguro de los datos, y se evitó cualquier forma de divulgación no autorizada por quienes participaron (5).



Transparencia: se garantizó la transparencia desde el planteamiento de la investigación hasta la presentación de los resultados, y se aseguró que las y los participantes comprendieran los objetivos y el alcance del estudio. Para lograrlo, se proporcionó información clara y precisa sobre los métodos utilizados, los resultados y las conclusiones obtenidas.



Equidad: se brindó un trato justo y equitativo a todas y todos los partici-

pantes, sin discriminación de género, etnia, orientación sexual, religión u otras características personales. Esto implicó evitar cualquier prejuicio y tomar medidas para garantizar que todas y todos los participantes tuvieran igualdad de oportunidades para aportar a la investigación (6).



Responsabilidad profesional: se cumplió con los estándares éticos y profesionales establecidos, por las disciplinas de los miembros del equipo investigador y por las instituciones que financiaron y supervisaron el estudio. Para ello se evitó cualquier forma de conflicto de interés.

| Fase de alistamiento

Para la preparación de la fase de recolección de información se construyó una base de datos de actores, instituciones, organizaciones y entidades relevantes, según los grupos de referencia establecidos. Esta base de datos se expandió con contactos de la UNODC, el equipo investigador y los propios participantes. Para cada grupo focal y entrevista a profundidad fue necesario concertar la participación, la fecha y el lugar, con al menos dos semanas de anterioridad; por medio de invitación formal (medio impreso o correo electrónico) o por vía telefónica, así como brindar información clara y oportuna a cada persona.

A medida que se avanzaba en la concertación de espacios, se realizaba el agendamiento del equipo territorial para cubrir las entrevistas y grupos focales. En todos los grupos focales se contó con un moderador y un relator, y en las entrevistas participaron uno o dos entrevistadores, de acuerdo con el manejo del tema en cuestión. Adicionalmente, se



preparaban los materiales y las condiciones necesarias para brindar un ambiente seguro, cómodo y dinámico.

| Fase de recolección de información

Para la recolección de las percepciones, relatos y experiencias de los grupos de referencia en Bogotá, se desarrollaron 29 grupos focales y 52 entrevistas a profundidad, en las cuales se realizaron registros como grabaciones en audio, diarios de campo y fichas de caracterización.

Estas técnicas proporcionaron un escenario flexible y de conversación abierta, para reconocer y analizar patrones y tendencias desde múltiples perspectivas, sobre las dinámicas y vivencias relacionadas con la salud mental en el contexto del COVID-19. Para la implementación de estas técnicas, el equipo investigador elaboró un instructivo con herramientas, tiempos de ejecución y recomendaciones para el trabajo de campo, así como una ruta metodológica para la recolección de información. Además, las preguntas se formularon considerando las particularidades de los grupos de referencia.

Es importante señalar que en el instructivo para la recolección de información se consignaron rutas para atender los casos que requirieran canalización y orientación basada en primeros auxilios psicológicos (PAP). En la misma línea, durante el desarrollo e implementación de los grupos focales y entrevistas a profundidad, se contó con protocolos de atención en crisis y contención emocional, con el fin de realizar un adecuado manejo de la participación en el estudio.

Por otra parte, en los grupos focales se propició la empatía y se generó apoyo y validación entre las y los participantes, influyendo de manera positiva en la contención emocional a nivel colectivo. Como resultado de este enfoque,

ninguna persona tuvo que abandonar el espacio por malestares emocionales o físicos, y por el contrario, se recibieron manifestaciones de agradecimiento por brindar un espacio para recordar, reflexionar, compartir, pensar y escuchar diversas experiencias relacionadas con la pandemia.

| Fase de análisis de la información

A medida que avanzó el proceso de recolección de información también se realizó la sistematización a partir de las transcripciones realizadas por el equipo investigador, las cuales conservaron fidelidad a los relatos y fueron los insumos principales del análisis. Durante el análisis se realizó la triangulación de la información en constante diálogo con el marco conceptual, desde un enfoque inductivo, identificando patrones, tendencias y temas emergentes en las experiencias y percepciones de las y los participantes. Esto implicó un análisis de doble vía sobre los datos, en el que surgían nuevas preguntas que iban delimitando y clarificando los hallazgos conforme avanzaba el estudio.

La herramienta empleada para el análisis de la información fue el software de investigación cualitativa NVivo, una herramienta que permite realizar análisis categorial con grandes bancos de información. Con esta herramienta se identificaron prácticas y percepciones de las y los participantes, a partir de los extractos literales de las transcripciones que se agruparon en categorías y subcategorías, las cuales se priorizaron según la frecuencia presentada y se analizaron a partir de las referencias definidas en el marco conceptual.

Como producto de este ejercicio se consolidaron cinco capítulos de resultados, que coinciden con las categorías de análisis propuestas



Afectaciones en la salud mental, Consumo de sustancias psicoactivas, Resiliencia y Colectivos más vulnerables.

Limitaciones y alcance de la investigación

Como se plantea en la sección correspondiente a la metodología, el componente cualitativo del *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023* abarca un conjunto de percepciones, convergencias y divergencias, relacionadas con problemas y señales de posibles trastornos mentales o conductuales en los grupos de referencia convocados. En este sentido, es relevante aclarar que la investigación no buscó hacer un diagnóstico clínico de la población participante, sino que permitió una aproximación exploratoria y de profundización sobre el impacto de la pandemia por el COVID-19 en la salud mental, enfocándose en las narrativas, vivencias y experiencias específicas de las personas.

En segundo lugar, es necesario indicar que el estudio da cuenta de información asociada a los diez grupos de referencia que se identificaron como especialmente vulnerables o afectados por la pandemia, por lo tanto, los resultados no corresponden a las afectaciones de la totalidad de la población de la ciudad y no son extrapolables a otros grupos de referencia.

En tercer lugar, se considera que en los grupos focales pudo haber limitaciones en la profundidad de la información, y en la honestidad de las y los participantes frente a temas polémicos, ya que algunas personas podrían haberse abstenido de brindar información para evitar controversias o conflictos con los demás participantes. Adicionalmente, se pudo haber presentado falta de confianza para abordar algunos temas en detalle, especialmente

si se trataba de relaciones interpersonales problemáticas, vergonzosas o particularmente dolorosas, debido a la prevención para exponer temas personales en público. Así mismo, vale la pena aclarar que el equipo investigador buscó abordar este tipo de temas por medio de entrevistas a profundidad, teniendo en cuenta que estas permiten una mayor privacidad y posibilidad de establecer confianza con las y los participantes. Otros de los casos en los que se optó por la implementación de entrevistas, en lugar de grupos focales, estuvieron relacionados con la dificultad para reunir varias/os profesionales de la salud en un mismo espacio, debido a sus horarios y cargas laborales.

Finalmente, se considera que una de las principales limitaciones de la investigación se relaciona con la falta de información detallada sobre categorías como el consumo de sustancias psicoactivas. A pesar de que esta categoría se incluyó en el diseño de la investigación y los instrumentos de recolección, y se fomentó la conversación al respecto, no se logró obtener el nivel de profundidad en los datos que sí se obtuvo en las otras categorías de análisis y en el componente cuantitativo del estudio. Este hecho incentiva la exploración del tema de consumo de sustancias psicoactivas en futuros estudios. Igualmente, aunque este estudio obtuvo información valiosa sobre las implicaciones de género y los impactos diferenciales de la pandemia en la salud mental de ciertas poblaciones, se sugiere un mayor énfasis en estos aspectos en futuras investigaciones.



4.1 Estado de la salud mental en Bogotá

Señales de alerta temprana de las afectaciones por salud mental

Autopercepción de la salud mental:

- El 40.35 % de las personas perciben que **el estado de su salud es muy bueno**. Esta percepción la tiene el 47.23 % de los **hombres** y el 34.2 % de las **mujeres**.
- El 44.87 % de las personas en zona rural perciben que **su estado de salud es muy bueno**; seguido del 42.8 % en **estratos 4, 5 y 6**; el 40.95 % en **estrato 3**; el 45.95 % en **estrato 2**, y el 35.39 % en **estrato 1**.
- En las localidades de **Suba** (47.16 %), **Sumapaz** (46.69 %) y **Usaquén** (42.11 %) se registran los porcentajes más altos de las **personas que perciben que su estado de salud es muy bueno**.

Disfuncionalidad familiar:

- En la población **adolescente**, el 10.51 % de los **hombres** y el 8.22 % de las **mujeres** reportan **disfuncionalidad severa** a nivel familiar.
- En la población de **personas mayores**, el 9.37 % de las **mujeres** reportan **disfunción severa a nivel familiar**, así como el 8.55 % de los **hombres**.

El estado de la salud mental de los habitantes de Bogotá

Signos y síntomas en niñas y niños

- Los problemas más frecuentes en las niñas y niños son: **problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse** (34.38 %); **jugar**

4.

Principales resultados



poco con otras/os niñas/os (32.91 %); y **asustarse o ponerse nerviosas/os sin razón** (31.21 %).

- El principal problema en las **niñas y niños del estrato 1** está relacionado con **aprender matemáticas** (34.46 %); en el **estrato 2** está relacionado con **fijar y mantener la atención o concentrarse** (37.19 %), al igual que en los **estratos 4, 5 y 6** (57.01 %); en el **estrato 3** es haber sido **víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico por compañeras/os del colegio** (33.6 %), y para las niñas y niños en zona rural, el problema más frecuente es **que están comiendo muy poco, han bajado de peso y/o se han estancado en su crecimiento** (86.67 %).

Diagnósticos en niños y niñas

- **Diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual:**
 - El 2.53 % de las niñas y niños han sido diagnosticados alguna vez en la vida con **trastorno del desarrollo intelectual o retardo mental**; el 4.79 % son **niños** y el 0.44 % **niñas**.
- **Diagnóstico de trastornos del desarrollo del aprendizaje (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas):**
 - El 3.23 % de **niñas y niños** han sido diagnosticados alguna vez con **trastorno del desarrollo del aprendizaje** (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas), el 5.86 % de los **niños** y el 0.77 % de las **niñas**.
- **Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH):**
 - El 8.68 % de las niñas y los niños han sido diagnosticados alguna vez en su vida con **trastorno por hiperactividad con déficit**

de atención. El 11.63 % de los **niños** y el 5.93 % de las **niñas**.

Trastornos en población joven, adulta y personas mayores

- **Diagnóstico y riesgo de trastorno depresivo:**

- El 10.92 % de la población ha sido diagnosticada alguna vez en su vida con **depresión**, el 8.76 % son **hombres** y el 12.82 % **mujeres**. El 17.16 % de las personas tiene un probable **trastorno depresivo**, el 13.85 % de los **hombres** y el 19.95% de las **mujeres**.

- Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con **depresión**: el 2.31 % de los **jóvenes**; el 10.79 % de los **adultos**, y el 9.59 % de las **personas mayores**. Tienen un posible **trastorno depresivo o están en riesgo depresivo**: el 18.1 % de los **jóvenes**; el 16.44 % de los **adultos** y el 18.1 % de las **personas mayores**.

- Han sido diagnosticadas con **depresión** alguna vez en su vida el 8.64 % de las personas en **estrato 1**; el 10.27 % de las personas en **estrato 2**; el 12.06 % de las personas en **estrato 3**; el 14.32 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 4.1 % de las personas en zona rural. Están en **riesgo o tienen un posible trastorno depresivo**: el 21.69 % de las personas en **estrato 1**; el 18.87 % de las personas en **estrato 2**; el 13.9 % de las personas en **estrato 3**; el 12.46 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 7.88 % de las personas en zona rural.

- Se registran las mayores prevalencias del diagnóstico con **depresión** en las localidades de **Teusaquillo** (17.31 %), **Usaquén** (17.19 %) y **Antonio Nariño** (15.15 %). Las localidades donde se registran los más



altos porcentajes de **personas en riesgo o con trastornos depresivos** son **Santa Fe** (22.88%), **Ciudad Bolívar** (21.33 %) y **La Candelaria** (21.08 %).

- **Diagnóstico y riesgo de ansiedad generalizada:**

- El 9.75 % de las personas han tenido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad, el 7.8 % de los **hombres** y el 11.49 % de las **mujeres**. El 21.78 % de las personas tienen probable riesgo de **trastorno de ansiedad generalizada**, el 16.01 % son **hombres** y el 27.03 % son **mujeres**.

- Han recibido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad: el 12.79 % de los **jóvenes**, el 9.5 % de los **adultos** y el 6.8 % de las **personas mayores**. Y tienen un posible **trastorno de ansiedad generalizada**: el 23.57 % de los **jóvenes**, el 21.24 % de los **adultos** y el 21.19 % de las **personas mayores**.

- Han recibido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad: el 9.22 % de las personas en **estrato 1**; el 9.28 % de las personas en **estrato 2**; el 10.6 % de las personas en **estrato 3**; el 9.96 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 1.51 % de las personas en zona rural. A su vez, tienen un posible **trastorno de ansiedad generalizada**: el 26.48 % de las personas en **estrato 1**; el 22.63 % de las personas en **estrato 2**; el 19.85 % de las personas en **estrato 3**; el 16.72 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 8.81 % de las personas en zona rural.

- Las localidades de **Teusaquillo** (15.35 %), **Antonio Nariño** (15.1 %) y **Tunjuelito** (13.75 %) presentan las mayores prevalencias de vida en el

diagnóstico de ansiedad. Las localidades donde se registran los más altos porcentajes de **personas en riesgo o con trastorno de ansiedad generalizada** son **Santa Fe** (29,12 %), **Ciudad Bolívar** (26.58 %) y **Kennedy** (25.88 %).

- **Diagnóstico y riesgo de trastorno bipolar:**

- El 1.67 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un **trastorno bipolar**, el 1.86 % de los **hombres** y el 1.41 % de las **mujeres** tienen este riesgo o trastorno. El 5.65 % de las personas tienen una **indicación positiva para trastorno bipolar**, el 6.13 % de los **hombres** y el 5.19 % de las **mujeres**.

- Han recibido un diagnóstico de trastorno bipolar: el 2.29 % de los **jóvenes**; el 1.71 % de los **adultos**; y el 0.79 % de las **personas mayores**. Tienen riesgo o un posible **trastorno bipolar**: el 6.39 % de los **jóvenes**, el 6.29 % de los **adultos** y el 2.93 % de las **personas mayores**.

- Han recibido un diagnóstico de trastorno bipolar: el 2.06 % de las personas en **estrato 1**; el 1.82 % de las personas en **estrato 2**; el 1.11 % de las personas en **estrato 3**; el 2.77 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 1.07 % de las personas en zona rural. **Están en riesgo de tener o tienen un posible trastorno bipolar**: el 9.16 % de las personas en **estrato 1**; el 4,9 % de las personas en **estrato 2**; el 5.57 % de las personas en **estrato 3**; el 5.78 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 2.56 % de las personas en zona rural.

- La prevalencia de vida del diagnóstico de **trastorno bipolar** es de 1.67 % en zona **urbana** y el 0.88 % en zona **rural**. En las



localidades de **Chapinero** (8.65 %), **Santa Fe** (8 %) y **Ciudad Bolívar** (7.93 %) están los porcentajes más altos de personas con **indicación de trastorno bipolar**.

● **Ideación suicida:**

- El 19.02 % de las personas presentan **ideas suicidas**, el 17.22 % son **hombres** y el 20.6% son **mujeres**.

El 28.87 % de los **adolescentes** presentan **ideas suicidas**, al igual que el 27.08 % de los **jóvenes**, el 17.22 % de los **adultos** y el 9.75 % de las **personas mayores**.

- El 15.74 % de las personas en **estrato 1**; el 18.73 % de las personas en **estrato 2**; el 20.58 % de las personas en **estrato 3**; el 19.44 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**; y el 3.84 % de las personas en zona rural presentan **ideas suicidas**.

- En las localidades de **Antonio Nariño** (30.48 %) y **Barrios Unidos** (28.54 %) se observan las tasas más altas de **personas con ideas suicidas**.

● **Diagnóstico de psicosis y esquizofrenia:**

- El 0.89 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con **psicosis o esquizofrenia**, el 1.45 % de los **hombres** y el 0.34 % de las **mujeres** tienen este diagnóstico.

- Han sido diagnosticadas con **psicosis o esquizofrenia** alguna vez en la vida: el 0.52 % de los **adolescentes**, el 0.62 % de los **jóvenes**, el 1,1 % de los **adultos** y el 0.81 % de las **personas mayores**.

- Han recibido un diagnóstico de psicosis o esquizofrenia: el 1.1 % de las personas en **estrato 1**; el 0.81 % en **estrato 2**; el 0.89 % en **estrato 3**, y el 1.22 % en **estratos 4, 5 y 6**.

- Las localidades con las mayores prevalencias de vida en el diagnóstico

de **psicosis** son **Rafael Uribe Uribe** con 3.85 % y **Puente Aranda** con 1.58 %.

- La prevalencia de vida del diagnóstico de **psicosis** en la zona **urbana** es del 0.89 % y en la zona **rural** de 1.25 %.

● **Diagnóstico de demencias:**

- El 0.52 % de las personas encuestadas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con **deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer**, de las cuales el 0.48 % son hombres y el 0.51 % son mujeres.

- Están diagnosticadas con **deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer**: el 0.04 % de los **jóvenes**; el 0.61 % de los **adultos**, y el 0.85 % de las **personas mayores**

- Tienen este diagnóstico: el 1.14 % de las personas en **estrato 1**; el 0.5 % de las personas en **estrato 2**; el 0.43 % de las personas en **estrato 3**, y el 0,06 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**.

- Las prevalencias de vida más altas en el diagnóstico del **deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer** se registran en las localidades de **Los Mártires** (2.24 %) y **Usaquén** (1.48 %).

● **Diagnóstico y riesgo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas:**

- El 0.66 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un **trastorno por consumo de sustancias psicoactivas**, que corresponde al 1.24 % de los hombres y el 0.09 % de las mujeres. El 1.26 % de las personas presenta **consumo perjudicial de bebidas alcohólicas**, el 1.92 % son **hombres** y el 0.44 % **mujeres**.

- Han recibido el diagnóstico de **trastorno por consumo de sustancias psicoactivas**: el 0.71 % de los **jóvenes**; el 0.83 % de



los **adultos**, y el 0.42 % de las **personas mayores**. El mayor índice en el **consumo perjudicial de bebidas alcohólicas** se observa en los **jóvenes** (1.49 %), seguido de los **adultos** (1.3 %) y las **personas mayores** (0.92 %).

- Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un **trastorno por consumo de sustancias psicoactivas**: el 1.16 % de las personas en **estrato 1**; el 0.59 % de las personas en **estrato 2**; el 0.46 % de las personas en **estrato 3**; el 1.37 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 0.42 % de las personas en zona rural. El mayor índice de **consumo perjudicial de bebidas alcohólicas** se observa en las personas en zona rural con el 3.98 %; le sigue el **estrato 1** con 1.9 %; el **estrato 2** con 1.72 %; el **estrato 3** con 0.58 %, y los **estratos 4, 5 y 6** con 0.31 %.

- Las mayores tasas de prevalencia de vida del diagnóstico de **trastorno por consumo de sustancias psicoactivas** se registran en **Barrios Unidos** (1.49 %) y **Antonio Nariño** (1.11 %). Las localidades con el mayor índice de **consumo perjudicial de alcohol** son: **Usaquén**, con 4.28 %; **Chapinero**, con 3.54 %, y **Santa Fe**, con 2.6 %.

Efectos en la salud mental de los habitantes de Bogotá expuestos al COVID-19

Situación económica y laboral:

- Durante la **pandemia** el 35.2 % de las personas **perdieron su trabajo**, el 33.84 % son **hombres** y el 36.19% **mujeres**.
- Los porcentajes más altos de las personas que **perdieron su trabajo durante la pandemia** están en las localidades de **Santa Fe** (47.16 %), **Tunjuelito** (43.61 %) y **Los Mártires** (42.39 %).

Situaciones de alta complejidad en pandemia:

- Las dos **situaciones más frecuentes** por las que atravesaron las personas durante la **pandemia** fueron:
- Que un **miembro de su familia** se contagiara con **COVID-19** (61.46 %)
- Problemas o **dificultades económicas graves** (51.96 %)

Afectaciones de salud mental producidas por la pandemia:

- El 14.99 % de las personas encuestadas consideran que **la pandemia de COVID-19 afectó su salud mental “bastante, mucho o demasiado”**; el 16.3 % de las personas piensan que **las afectó “medianamente”**, y el 68.71 % de las personas piensan que **las afectó “poco, muy poco o nada”**.
- El 37.6 % de las personas consideran que hoy en día **se han podido recuperar “poco, muy poco o nada” de sus afectaciones por COVID-19**; el 11.34 % dice que **su recuperación de las afectaciones por la pandemia se ha logrado “medianamente”**, y el 51.06 % manifiesta que **se ha podido recuperar “bastante, mucho o demasiado”**.

Vacunación contra el SARS-CoV-2 (COVID-19):

- El 63.63 % de las personas cuentan con **esquema completo de vacunación**, el 27.52 % con **esquema incompleto** y el 6.22 % no tienen **ninguna vacuna**.

Acceso a servicios de salud mental

Consulta por salud mental:

- El 13.66 % de las personas **afirman que alguna vez en la vida ha consultado por**



un tema de salud mental, el 12.47 % son hombres y el 14.68 % son mujeres. De este porcentaje, el 14.84 % son adolescentes; el 19.08 % jóvenes; el 12.99 % adultos, y el 8.48 % son personas adultas mayores

- Entre las personas que afirman que alguna vez en la vida han consultado por un tema de salud mental: el 8.85 % están en estrato 1; el 11.95 % en estrato 2; el 15.92 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 3.01 % de las personas en zona rural.
- En las localidades de Teusaquillo (25.26 %); Antonio Nariño (20.99 %); y Barrios Unidos (20.94 %) están las tasas más altas de personas que han consultado alguna vez en la vida por un tema de salud mental.
- Han consultado alguna vez por temas de salud mental: el 13.68 % de las personas en zona urbana y el 7.52 % en zona rural.

Acceso a servicios:

- El 16.74 % de las personas manifiestan que les han negado la admisión a ciertos servicios de salud y desconocen la razón.
- En las localidades de Ciudad Bolívar (33.52 %), Rafael Uribe Uribe (32.83 %) y Sumapaz (27.55 %) las personas reportaron las mayores frecuencias de negación de ciertos servicios de salud, sin tener claridad de las razones de dicha negación.
- Las principales dificultades para acceder a la atención en salud mental son: tener que esperar mucho tiempo para la asignación de la cita (65.35 %) y demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización (26.97 %).

Calidad del servicio:

- Frente a la calidad de la atención, el 64.08 % de las personas consideran que el tiempo de la consulta fue “adecuado o suficiente”; el 58.19 % de las personas califican el servicio como “bueno o muy bueno”; el 23.72 % como “regular”, y el 18.09 % como “malo o muy malo”.
- Las localidades que más califican el servicio recibido como “muy bueno o bueno” son: Chapinero (88.18 %), Usme (70.88 %) y Engativá (69.98 %). Las localidades que más califican el servicio recibido como “malo o muy malo” son: Tunjuelito (39.19 %), Puente Aranda (29.66 %) y San Cristóbal (29.24 %).

4.2. Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de los habitantes de Bogotá

El componente cualitativo del estudio de salud mental permite entender que las afectaciones de la pandemia en la salud mental de las personas que habitan en Bogotá no fueron homogéneas, sino que obedecen a una realidad multidimensional e interseccional, en la que confluyen variables de género, curso de vida, ingresos, seguridad alimentaria, empleo, desigualdad, privaciones relativas, condiciones de vivienda, acceso a servicios públicos, infraestructura comunal, capital social, cultura, redes de apoyo, educación, entre otras; que deben ser tenidas en cuenta para la toma de decisiones y la formulación de políticas relacionadas con la salud mental.

A través de 29 grupos focales y 52 entrevistas a profundidad con 369 personas, se identificaron siete experiencias comunes que las



y los participantes vivieron de forma particular, de acuerdo con determinantes sociales, trayectorias de vida y subjetividades que configuraron el sentido de lo ocurrido. Estas experiencias son: **variación de las condiciones económicas; transformación en las relaciones familiares; distanciamiento físico, aislamiento social y confinamiento obligatorio; transición a la educación virtual; atención en el sistema de salud; muerte, pérdida y duelo, y vivencias del espacio público, privado, urbano y rural.**

Con base en estas experiencias, se estableció que es necesario seguir aunando esfuerzos para garantizar las necesidades mínimas de la población, por ejemplo, el empleo, la vivienda y la alimentación como aspecto *sine qua non* para buscar el bienestar emocional de la población.

Adicionalmente, a partir de los relatos de las y los participantes se evidenciaron síntomas asociados a problemas y trastornos de salud mental, siendo los más frecuentes los asociados a: **trastorno de ansiedad; trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos afectivos y del estado del ánimo, como la depresión y la bipolaridad; ideación, intento y muerte por suicidio; alteraciones del sueño; alteraciones de la conducta alimentaria; síndrome de desgaste profesional; alteraciones en cognición asociadas al COVID-19, y respuestas emocionales con valencia negativa.** Por tratarse de un estudio basado en las narraciones de vivencias y experiencias de las personas, la información no es suficiente, ni pertinente, para el establecimiento de diagnósticos, pero es indicativa de las principales afectaciones referidas en los diferentes grupos de referencia.

La información recolectada también permitió identificar que algunos grupos poblacionales tuvieron marcados impactos en su salud mental

al haber estado expuestos a las situaciones más estresantes de la pandemia. En estos grupos se encuentran las personas que trabajan en el sector de la salud, incluyendo al personal profesional, auxiliar y de servicios generales, entre otras; las personas que trabajan en el sector educativo, y las personas que trabajan en venta informal en el espacio público. Con respecto a estos grupos de referencia, se identificó la necesidad de que se tomen acciones encaminadas a tratar los impactos en su salud mental desde un abordaje integral.

Por otra parte, se encontró que **mecanismos de atención en salud mental, como las líneas de atención y escucha y la atención médica domiciliaria, fueron valorados positivamente** por los participantes, sin embargo, se recomienda ampliar su cobertura y difusión para asegurar un mayor impacto. Otras formas de atención como la psicoterapia y la terapia farmacológica presentaron deficiencias y barreras de acceso, que exacerbaban las problemáticas de salud mental de la población y, por lo tanto, deben ser ajustadas para mejorar su efectividad y eficiencia.

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas **el consumo que se referenció con mayor frecuencia fue de alcohol y tabaco.** Se evidenció el aumento de este consumo en los grupos de referencia de personal de salud, personas desempleadas y docentes; esto asociado a la facilidad de adquirir alcohol y tabaco en los periodos de confinamiento y a la supresión de factores de control que estaban presentes antes del aislamiento obligatorio. Estas sustancias fueron usadas por algunos participantes como promotores de esparcimiento; mecanismos de afrontamiento ante el estrés y procesos de



duelo y pérdida; apoyo para conciliar el sueño; para lograr mejor concentración en actividades laborales o académicas, y en algunos casos, como desinhibidor para la expresión emocional.

En otros grupos, como profesionales de apoyo en hogares de paso, adolescentes escolarizados y universitarias/os, se presentó una disminución del consumo relacionada con la supervisión de familiares –en el caso de jóvenes y adolescentes–, limitaciones en la movilidad y falta de ingresos económicos. En algunos casos se evidenció un reemplazo paulatino del cigarrillo por los sistemas electrónicos de suministro de nicotina o vapeadores.

Otro hallazgo consiste en el aumento del uso y abuso de medicamentos de prescripción médica, antidepresivos y ansiolíticos, por parte de jóvenes, adultas/os, personal de salud y beneficiarios de hogares de paso para personas mayores y personas habitantes en calle. Este aumento se asoció a episodios de pánico, ansiedad generalizada, dificultades para conciliar el sueño y estrés. Por otro lado, se reportó el consumo de cocaína y bebidas energizantes en algunos profesionales de la salud como mecanismo para superar el cansancio.

Igualmente, se identificó que tras el levantamiento de las restricciones de movilidad la distribución, el consumo y los modos de presentación de la marihuana aumentó en algunos participantes, particularmente en adolescentes y jóvenes.

Por otra parte, con respecto al afrontamiento de las situaciones desencadenadas por la pandemia, se identificaron **prácticas de resiliencia** que pueden contribuir al bienestar emocional de la población a nivel individual y comunitario. Se trató principalmente de **prácticas de solidaridad; autocuidado físico, social,**

mental y emocional; cualificación y desarrollo de nuevas habilidades profesionales; diseño y ejecución de iniciativas económicas, y transformaciones del sentido de la vida.

Finalmente, en el estudio se identificaron afectaciones particulares para ciertos colectivos por sus condiciones de vulnerabilidad durante la pandemia: las mujeres; las niñas, niños y adolescentes, y las personas mayores. Con respecto al primer grupo, se apreció un incremento en los **casos de violencias basadas en género y violencia intrafamiliar**, agravados porque los agresores solían ser familiares cercanos o parejas de las mujeres afectadas, y porque regularmente había convivencia de las mujeres con sus agresores, o estaban en situaciones de dependencia, vulnerabilidad económica, pérdida de empleo y desigualdad en las dinámicas laborales. Adicionalmente, para este grupo se presentó un **incremento en las cargas de cuidado no remunerado**, en conflictos derivados de la convivencia permanente durante el confinamiento, y en el consumo de alcohol.

En el caso de niñas, niños y adolescentes, los principales fenómenos identificados fueron: las afectaciones en sus procesos de aprendizaje, socialización y desarrollo del lenguaje; la exposición excesiva a pantallas o dispositivos tecnológicos; la tendencia a la agresividad y la violencia física y verbal en el relacionamiento; las afectaciones en el aprendizaje de la gestión emocional; la reducción de la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas; el aumento de ideación, amenaza y muerte por suicidio, y los casos de abuso, maltrato y violencia intrafamiliar.

Por su parte, en la población de personas mayores se identificaron casos de **pérdida de autonomía**



como consecuencia de la sobreprotección por parte de familiares y la suspensión de actividades laborales; estas pérdidas derivaron con alta frecuencia en depresión y declive cognitivo. También se reportaron **conflictos relacionados con la convivencia, violencia física y psicológica en los entornos familiares; casos de alcoholismo, casos de ideación y muerte por suicidio, y exposición a situaciones de estrés** por las dificultades en el acceso a servicios de salud. En otros casos, se evidenció abandono o ausencia de cuidadoras o cuidadores, pérdida de autonomía derivada de las restricciones a las actividades de venta informal en el espacio público, e incremento de la situación de vulnerabilidad que ya existía antes de la pandemia.



Microdatos del *Estudio de salud mental en Bogotá D.C., 2023*:

Para consultar los microdatos del estudio, escanee:



O ingrese al siguiente enlace: bit.ly/BDDDESMBOG2023

Estudio de salud mental en Bogotá D.C., 2023:

Para consultar los tres tomos, la infografía, el resumen ejecutivo y los mapas del estudio, escanee:



O ingrese al siguiente enlace: bit.ly/RecursosESMBOG

Instrumentos:

Para consultar los instrumentos del estudio, escanee:



O ingrese al siguiente enlace: bit.ly/InstrumentosESMBOG2023

5.
Enlaces a versión digital del estudio completo, los microdatos e instrumentos



1. Särndal, C.E., Swensson, B. and Wretman, J. Model Assisted Survey Sampling. Berlin, Heidelberg.: Springer Science & Business Media; 2003.
2. Páramo Reales D, Campo Sierra SJ, Maestre Matos LM. Métodos de investigación cualitativa. Fundamentos y aplicaciones. [Internet]. Universidad del Magdalena; 2020 [citado 3 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://editorial.unimagdalena.edu.co/Editorial/Publicacion/4155>
3. Ávila MG. Título: Aspectos éticos de la investigación cualitativa. 2002.
4. Parra Domínguez ML, Briceño Rodríguez II. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. Enfermería. 31 de diciembre de 2013;12(3):118-21.
5. Álvarez Cam. Metodología De La Investigación Cuantitativa Y Cualitativa. Guía didáctica.
6. Lankshear C, Knobel M. Problemas asociados con la metodología de la investigación cualitativa. Perfiles educativos. 2000;22(87):6-27.
7. Bonilla-Castro E, Rodríguez Sehk P. Más allá del dilema de los métodos. La investigación en ciencias sociales. Grupo Norma. Universidad de los Andes.; 2013. 421 p.
8. García Calvente E MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. Atención Primaria. 2000;25(3):181-6.
9. Sánchez Fontalvo IM, González Monroy LA, Esmeral Ariza SJ. Metodologías cualitativas en la investigación educativa. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1m0khzr>

6.

Referencias bibliográficas





UNODC

Oficina de las Naciones Unidas
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE
SALUD

