Proyecto Análisis de Contexto en Áreas Seleccionadas de Colombia y Ecuador

Institución líder: Pontificia Universidad Javeriana
Financiador: Este proyecto fue apoyado por Being, una iniciativa internacional de salud mental alojada por Grand Challenges Canada y financiada por Fondation Botnar.



Informe de Resultados Regionales: Salud Mental en los Jóvenes de Armenia, Quindío

https://doi.org/10.60794/2QQ0-3359

AUTORES DEL INFORME

Dirección

Laura Ospina-Pinillos, MD, PhD

Coordinación

Débora L. Shambo-Rodríguez, BSc

Asistencia de investigación

María Alejandra Riveros, BSc

Laura Marcela Calderón Pérez, BSc

Alexandra Morales, BSc

Líder regional en Armenia

Jose Francisco Cepeda-Torres, MD, MSc ICT

EQUIPO DEL PROYECTO

Equipo Pontificia Universidad Javeriana

Directora

Laura Ospina-Pinillos, MD, PhD

Coordinadora General

Débora L. Shambo-Rodríguez, BSc

Analista de investigación

María Alejandra Riveros, BSc

Asistentes de investigación

Laura Marcela Calderón Pérez, BSc

Alexandra Morales, BSc

Psiquiatra – Encargado de Participación Juvenil

Paola Andrea Ramírez Luna, MD

Consultor en Salud Pública

Álvaro Andrés Navarro Mancilla, MD, MPH, MBA

Jóvenes revisores

Jesús Andrés Ortega Quintero

Sara Helena Chavarro Melo

Profesores asesores

José Miguel Ignacio Uribe, MD

Carlos Gómez-Restrepo, MD

Equipo regional en Armenia

Líder regional

Jose Francisco Cepeda-Torres, MD, MSc ICT

Asistentes regionales

María Antonia Perdomo, MD

Laura Sofía Alvis Trejos, BAJ

EQUIPO INTERNACIONAL

Junta de Beneficencia de Guayaquil

Jimmy Martin-Delgado, MD, PhD

Cecilia Viteri-Correa, MSc

Alejandra Espinoza de los Monteros, MD, MSc

Carlos Chang Morán, MD

Gabriela Alvarez-Pérez, MD

Carlos Orellana-Roman, MD

Swiss Tropical and Public Health Institute

Salvador Camacho, Dr sc hum PH, MscIH, MBA

Adriane Martin Hilber, MPH, PhD

Irene Falgas-Bague, MD, PhD

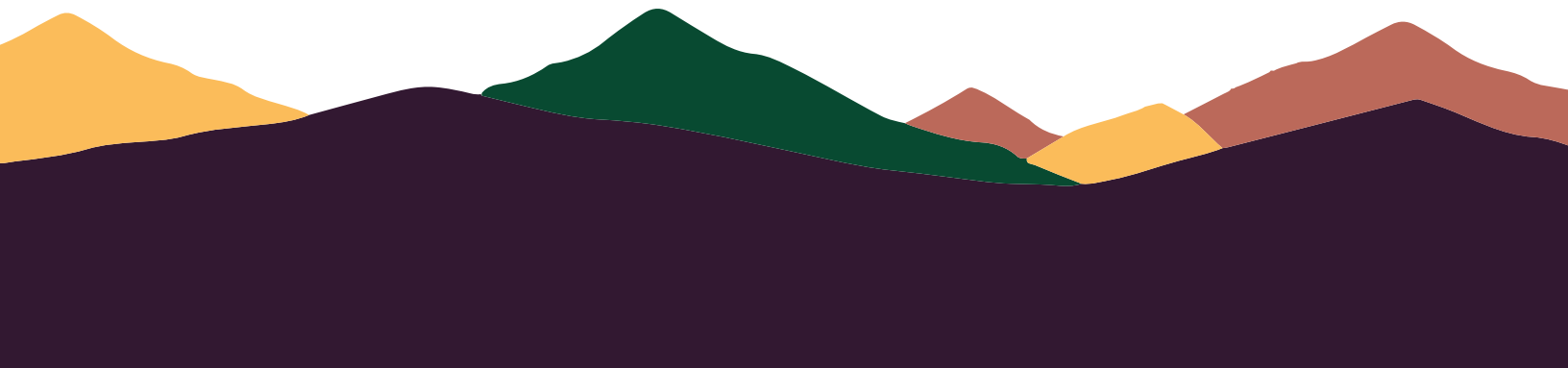
DIAGRAMACIÓN DOCUMENTO

Vanessa López Preciado, BSc

ILUSTRACIÓN Y DISEÑO

Laura Sofía Alvis Trejos, BAJ

Jesús Andrés Ortega Quintero



CONTENIDO

PÁGINA

04 - Información del proyecto

07 - Metodología de construcción de consenso

08 - ¿Quiénes participaron en el proyecto?

09 - Resultados primera etapa: taller participativo 1 y taller participativo 2

09 - *Problemas y trastornos de salud mental*

10 - *Factores protectores y de riesgo de la salud mental*

11 - Resultados segunda etapa: taller participativo 3

11 - *Problemas y trastornos de salud mental*

11 - *Factores protectores y de riesgo de la salud mental*

13 - *Priorización de intervenciones*

14 - Retroalimentaciones y socialización

15 - Conclusiones

17 - Referencias



Información del proyecto

La Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana, en colaboración con la Junta de Beneficencia de Guayaquil y el Instituto Suizo de Salud Pública y Tropical, con el respaldo de Being (una iniciativa internacional de salud mental alojada por Grand Challenges Canada y financiada por Fondation Botnar), desarrolló un proyecto que pretendió **describir, a partir de un enfoque participativo, el panorama de salud mental de los jóvenes en Colombia y Ecuador e identificar oportunidades de colaboración.** Este proyecto estuvo motivado, principalmente, por la necesidad de abordar la brecha de conocimientos respecto a los diversos factores que influyen en la salud mental en los contextos locales, así como de identificar soluciones innovadoras y señalar los caminos y actores clave para avanzar en la agenda de la salud mental juvenil en ambos países.

Para el proyecto, se seleccionaron tres ciudades en Colombia y en Ecuador que dan cuenta de un conjunto único de factores protectores y de riesgo con alta incidencia en la salud mental de los jóvenes. En Colombia, las ciudades fueron Leticia, Bucaramanga y Armenia. En este reporte se refiere al estudio realizado en Armenia, Quindío.



De acuerdo con las proyecciones del *Censo Nacional de Población y Vivienda* del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2023a), Quindío tuvo una población de 559 810 habitantes en 2022, de los cuales 269 632 (48 %) eran hombres y 290 178 (52 %), mujeres. Según la distribución demográfica, aproximadamente el 22 % eran jóvenes de 14 a 28 años y el 16 %, niños de 0 a 13 años. Además, según el Censo, el 88 % de la población quindiana vivía en cabeceras municipales, mientras que el 12 % habitaba en centros poblados y rurales dispersos (DANE, 2023a).

Específicamente en Armenia, la población estimada en el 2022 era de 306 147 habitantes, de los cuales 144 190 eran hombres (47 %) y 161 957, mujeres (53 %). En cuanto a grupos etarios, alrededor del 22 % eran jóvenes de 14 a 28 años y el 15 %, niños de 0 a 13 años. El 98 % de la población residía en la cabecera municipal y el 2 % en centros poblados y rurales dispersos (DANE, 2023b).

Según la *Encuesta Nacional de Salud Mental* (ENSM) del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS, 2015), en la región Central de Colombia, dentro de la que se incluyó al departamento del Quindío, los adolescentes entre los 12 y los 17 años presentan una prevalencia de cualquier trastorno mental del 8.6 %* a lo largo de la vida y de 5.6 %* en el último año. En el caso de los adultos, la prevalencia a lo largo de la vida es del 9.2 % y de 3.6 % en el año anterior. En ambos grupos poblacionales, los trastornos más prevalentes a lo largo de la vida son los afecti-

*Los resultados fueron imprecisos de acuerdo con la fuente (MSPS, 2015).

vos (5.7 %, adultos; 2.8 %*, adolescentes), de ansiedad (4.6 %, adultos; 6.4 %*, adolescentes) y depresivos (4.6 %, adultos; 2.0 %*, adolescentes). En el último año, los trastornos más prevalentes son los trastornos ansiosos (2.3 %, adultos; 4.3 %*, adolescentes), afectivos (1.9 %, adultos; 1.3 %*, adolescentes) y depresivos (1.6 %, adultos; 1.2 %, adolescentes).

Asimismo, en 2022 se registraron 21 casos de suicidio en Armenia y 41 en el departamento de Quindío (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023). Además, se estima que la prevalencia de vida de consumo de sustancias psicoactivas ilegales a nivel nacional es del 9.7 %, en Quindío, la prevalencia se encuentra en un 16 %, lo que significa que es aproximadamente 1.7 veces superior al porcentaje nacional (DANE, 2020). Ahora bien, la disfunción familiar resulta ser una problemática relevante en el Quindío, pues en el año 2022 se reportaron 71 casos de lesiones no fatales por violencia contra niños, niñas y adolescentes, con una tasa de 58.47 por 100 000 habitantes (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023). De estos casos, 39 tuvieron lugar en Armenia, lo que representa una tasa de 61.46 cada 100 000 habitantes. Frente a la tasa nacional de 43.41, Quindío y Armenia tienen entonces aproximadamente una tasa 1.4 veces superior.

El 92 % de la población del Quindío está afiliada al sistema de salud; el 56 % al régimen contributivo y el 44 % al subsidiado (DANE, 2022). De acuerdo con información del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), en 2022 se brindaron 92 649 atenciones de salud por diagnóstico principal de trastornos de salud mental, de las que aproximadamente el 7 % se destinaron a niños de 10 a 14 años, el 8 % a jóvenes de 15 a 18 años y el 11 % a personas de 19 a 26 años, representando aproximadamente un tercio de los servicios prestados. El uso de servicios por parte de los hombres y de las mujeres fue equivalente: 50 % en ambos sexos. La mayoría de los servicios correspondieron a consultas médicas (70 %), seguidas de procedimientos de salud (26 %), hospitalizaciones (3 %) y urgencias (1 %) (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). No obstante, es importante recordar que estos datos no reflejan necesariamente la realidad de las atenciones por salud mental, debido a dificultades con la calidad de la información o su subregistro.

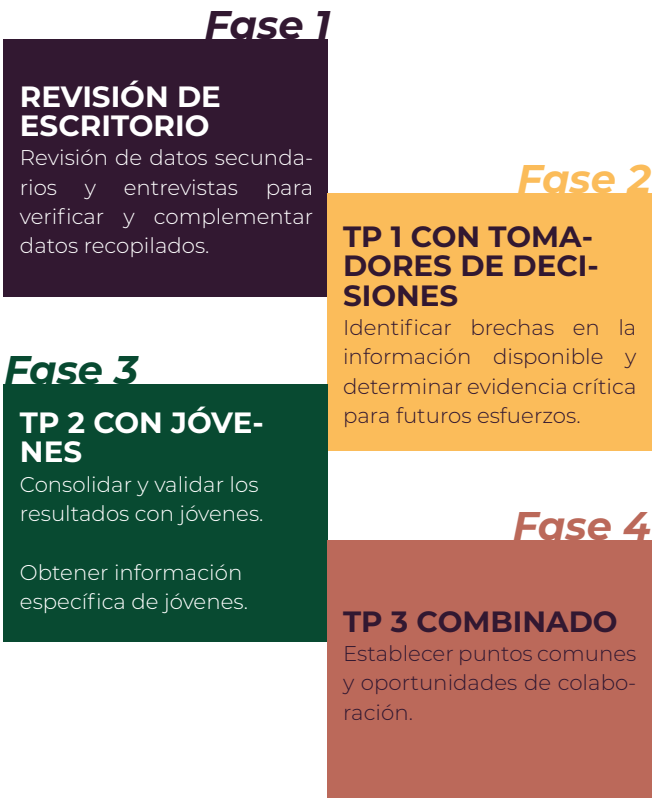
A propósito de algunos factores asociados a los problemas de salud mental, conviene señalar que actualmente no hay información suficiente para determinar con certeza el nivel de acceso a servicios de salud mental en la ciudad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Además, no se cuenta con información pública respecto a la oportunidad de las atenciones en salud mental y su calidad.

Para llevar a cabo el proyecto en esta ciudad, se empleó un diseño escalonado con métodos mixtos que incluyó revisiones de información secundaria (tanto a nivel nacional como para los niveles regionales), entrevistas con informantes clave y talleres participativos (TP) con tomadores de decisiones (Instituciones

*Los resultados fueron imprecisos de acuerdo con la fuente (MSPS, 2015).

Prestadoras de Salud, jóvenes, organizaciones del sector público, protección infantil, fundaciones, hacedores de políticas, entre otros). Los resultados de cada fase se analizaron independientemente y a su vez proporcionaron información para la siguiente etapa, siguiendo un proceso iterativo. Esta metodología asegura un análisis de contexto integral del ecosistema de salud mental, los retos comunes, las lecciones aprendidas y las oportunidades de colaboración. El diseño escalonado del proyecto se muestra en la Figura 1.

Figura 1
Diseño Escalonado del Proyecto



Adoptando un enfoque inclusivo y diferencial, se sistematizó el involucramiento de la población juvenil como actores clave a lo largo de todo el proyecto. Siguiendo las directrices de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2023), se desarrolló una estrategia de participación integral que incluyó la creación de un Comité Asesor Juvenil (CAJ). El proceso de reclutamiento para el CAJ fue continuo durante todo el proyecto y reclutó jóvenes de entre 14 y 25 años interesados en la salud mental, quienes otorgaron su consentimiento para participar (los menores debían proveer su asentimiento informado y el consentimiento informado de un representante legal). Las responsabilidades de los miembros incluían dar retroalimentación sobre los informes (I), colaborar en el diseño de herramientas y estrategias dirigidas a los jóvenes (II), apoyar el reclutamiento (III) y moderar los TP (IV). Para el punto IV, se requerían habilidades adicionales (como liderazgo y gestión de grupos), además de completar un curso en línea gratuito sobre salud mental y una formación sincrónica sobre salud mental y entrenamiento para facilitar discusiones grupales.

Los principales resultados a nivel nacional fueron compartidos en el reporte al bien público del financiador* (Being, 2024). El análisis secundario de los resultados regionales y su difusión fueron autorizados por el Comité de Investigaciones y Ética Institucional de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana FM-CIE-0663-24.

*Para obtener más información sobre la iniciativa, visite www.being-initiative.org

Metodología de construcción de consenso

En el TP 1, realizado con tomadores de decisiones, y el TP 2, exclusivo para jóvenes, **se recopiló información sobre los problemas y trastornos de salud mental más frecuentes en los jóvenes; los Factores Protectores y de Riesgo de la Salud Mental (FPRSM o *well-being drivers*, en inglés) más destacados; los programas, intervenciones e innovaciones implementadas en la región, y las nuevas ideas de programas para abordar la salud mental de los jóvenes.** En el TP 3, los dos grupos se reunieron para dialogar, ampliar las perspectivas sobre estos temas y construir consenso. Los talleres propiciaron un entorno seguro donde los participantes podían expresar sus opiniones sin miedo a ser juzgados o criticados. Además, se dispuso un profesional de salud mental y una línea de teleorientación en caso de que algún participante presentara malestar emocional.

Después de la recolección de datos, se implementaron los siguientes pasos para alcanzar dicho consenso:

Etapa 1 – Análisis previo al taller de la información recopilada para identificar tendencias

En esta etapa, la información recopilada de los TP 1 y 2 se analizó en NVivo 12 (*software* informático de análisis de datos cualitativos) y se utilizó un marco de codificación mixto. Por un lado, la codificación de carácter deductivo se realizó con base en el marco teórico del *Relational Wellbeing*, que identifica tres tipos de FPRSM, a saber, personales, sociales y ambientales (White, 2008), y el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-V-TR, que agrupa los trastornos de salud mental (American Psychiatric Association [APA], 2022). Por otro lado, se realizó una codificación inductiva para aquellas anotaciones a las que no les correspondían adecuadamente las categorías deductivas. El análisis incluyó la evaluación de la frecuencia con la que los participantes mencionaron cada tema, permitiendo identificar los más recurrentes.

Etapa 2 – Ejercicios de priorización en TP 3

Aunque la cantidad de anotaciones ayuda a contextualizar la problemática, no se puede concluir con certeza que esta refleje fielmente la importancia que las diversas problemáticas representan para las personas. Por ello, basándonos en los resultados obtenidos en la etapa 1, se implementaron tres ejercicios de priorización que permitieron establecer las prioridades de manera más precisa (ver Tabla 1).

Los datos se analizaron utilizando el *software* SPSS Statistics versión 25.0. Se efectuó un análisis descriptivo para identificar las condiciones de salud mental,

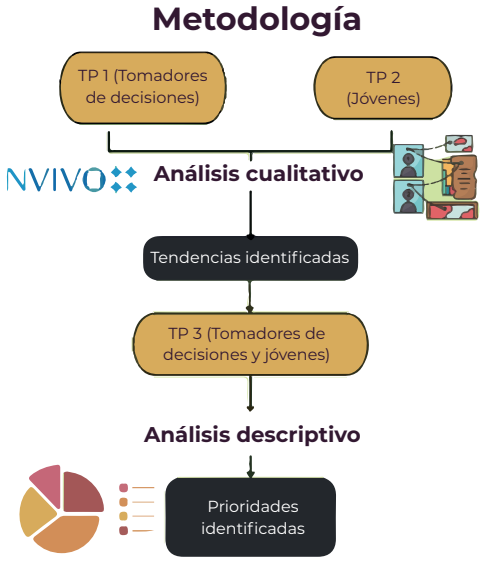


Tabla 1
Ejercicios de Priorización Realizados en el TP 3

Priorización de problemas y trastornos de salud mental	Priorización de FPRSM	Priorización de intervenciones
En el primer ejercicio, se presentó a los participantes una lista de las 7 condiciones de salud mental más mencionadas en las diferentes etapas de este proyecto —revisión documental (RD), resultados del TP 1 y resultados del TP 2—. Las condiciones de salud mental se presentaron en 3 columnas desglosadas según la etapa en la que se identificaron (RD, TP 1, TP 2). Después de revisar las columnas, se solicitó a los participantes que indicaran si estaban de acuerdo con la información presentada y se anotaron cuidadosamente las opiniones comunes y las divergentes. Posteriormente, se les pidió que clasificaran las condiciones por prioridad de 1 (mayor prioridad) a 7 (menor prioridad). Se llevó a cabo una discusión en grupo para compartir los resultados del ejercicio, los criterios utilizados para priorizar algunas condiciones sobre otras y otros temas relevantes.	En la segunda actividad, los participantes revisaron los resultados de los FPRSM. Se presentaron los 10 factores personales, sociales y ambientales más frecuentes, pero esta vez sin desagregación de la fuente, de modo que se disminuyera la carga de los participantes. Los facilitadores pidieron a los asistentes que priorizaran 5 de los 10 factores en cada categoría, asignando un grado de prioridad que iba de 1 (mayor prioridad) a 5 (menor prioridad).	Para la tercera actividad, se realizó un ejercicio de asignación de presupuesto (indicador de prioridad) con una lista de intervenciones que se identificaron en la RD y en los resultados de los TP 1 y 2. Cada participante tuvo que distribuir 100 puntos entre 15 intervenciones, con la libertad de asignar todos sus puntos a una sola intervención o repartirlos entre varias.

los FPRSM y las intervenciones mejor puntuadas. Dados los tamaños pequeños de muestra, se utilizaron la mediana (Mdn) y el rango intercuartílico (RIC) como indicadores de tendencia central. El proceso de construcción de consenso se resume en la Figura 2.

Figura 2
Proceso de Construcción de Consenso



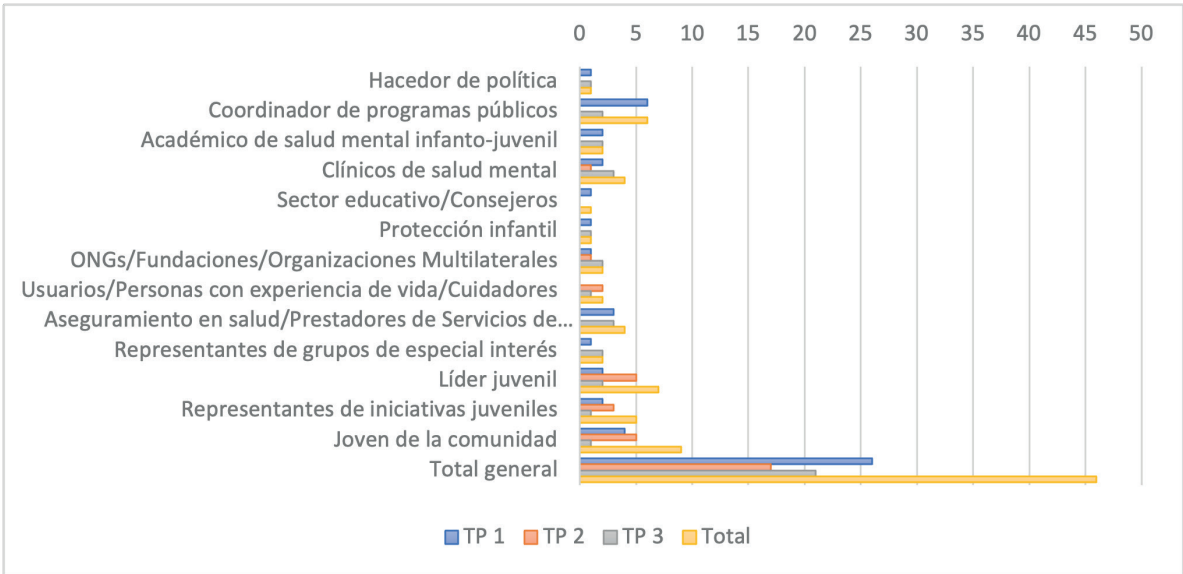
¿Quiénes participaron en el proyecto?

Durante el 2023 (de mayo a octubre), 46 personas participaron en el proyecto. 23 fueron jóvenes entre los 14 y los 24 años (50 %). Respecto al sexo, 29 se identificaron como mujeres (63 %), 16 como hombres (35 %) y 1 como otro (2 %) (ver Tabla 2). Los participantes se distribuyeron en 13 categorías de acuerdo con su rol en el ecosistema (ver Figura 3). En su conjunto la participación de jóvenes representó el 46 % (jóvenes miembros de la comunidad con un 20 %, líderes juveniles 15 %, y representantes de iniciativas juveniles 11 %). Los coordinadores de programas públicos representaron un 13 % y los demás sectores tuvieron una participación inferior al 10 %.

Tabla 2
Datos Demográficos de los Participantes

	Primer taller		Segundo taller		Tercer taller		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad								
14 - 24 años	8	31%	15	88%	7	33%	23	50%
25 años o más	18	69%	2	12%	14	67%	23	50%
Sexo								
Femenino	17	65%	9	53%	14	67%	29	63%
Masculino	8	31%	8	47%	6	28%	16	35%
Otro	1	4%	0	0%	1	5%	1	2%
Total general	26	100%	17	100%	21	100%	46	100%

Figura 3
Categorías de los Participantes



Nota: ONG (Organización No Gubernamental)

Resultados primera etapa: taller participativo 1 y taller participativo 2

Problemas y trastornos de salud mental

Los 10 problemas y trastornos de salud mental mencionados por los participantes fueron el consumo de sustancias, con 63 anotaciones (a), la depresión (a = 25), la ansiedad (a = 20), el suicidio (a = 18), la tristeza y desesperanza (a = 12), las autolesiones (a = 9), la soledad (a = 6), la agresión y

hostilidad (a = 4), el agotamiento o *burnout* (a = 4) y el duelo (a = 3).

Factores protectores y de riesgo de la salud mental

En el ámbito de los FPRSM, los factores personales fueron los más mencionados, seguidos por los sociales y, en última instancia, los ambientales. En el *ranking* general, los 10 más mencionados fueron:

1. Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental (a = 71)

Los participantes mencionan dificultades para acceder a atención oportuna y de calidad en salud mental, que incluyen desde demoras administrativas (asignación de citas, tiempos de espera) hasta no saber dónde buscar ayuda.

2. Redes sociales de apoyo (a = 71)

Durante los talleres, los participantes expresaron tener pocos espacios de relacionamiento y redes de apoyo débiles. Este es un factor relevante, ya que un pobre apoyo social está relacionado con sintomatología depresiva y una baja calidad de vida (Alsubaie et al., 2019).

3. Espacios verdes, azules y recreativos (a = 47)

En relación con este factor, los participantes expresaron distintas dificultades para acceder a espacios verdes y de recreación donde pudieran practicar actividades de ocio sanas de manera segura. Relacionaron además el disfrute de estos espacios con una mejor calidad de vida: “El uso de parques con nuestras mascotas y amigos para encontrarnos el día a día con nuestras emociones” (Participante joven).

4. Habilidades blandas (a = 47)

Dentro de las habilidades mencionadas por los participantes, se encuentran la regulación emocional, la introspección, la resolución de problemas, las estrategias de afrontamiento adaptativas, la resolución de conflictos y la resiliencia.

5. Estigma y discriminación (a = 47)

Los participantes señalaron los efectos perjudiciales de la discriminación, así como el estigma en salud mental. Además, refirieron que en ocasiones sienten que sus problemas son minimizados o banalizados en función de su edad: “Muchas veces se cuentan los problemas y la mayoría de las personas nos dicen ‘eso no es nada’, ‘deje de pensar en eso’, ‘mejor piense en su futuro’, y eso nos hace sentir solos y sin ayuda [...]”(Participante joven).

6. Disfunción familiar (a = 45)

Dentro del contexto familiar, los participantes mencionaron ausencia, física y emocional de los padres, falta de pautas de crianza adecuadas y de comunicación asertiva que llevan a conflictos familiares.

7. Proyecto de vida (a = 30)

Los participantes mencionan la importancia de tener la oportunidad de proyectarse a futuro en cuanto a lo vocacional, educativo y laboral. Exponen la falta de oportunidades en la región para llevar a cabo este tipo de proyectos y el impacto negativo en su bienestar.

8. Relaciones interpersonales (a = 24)

En relación con este factor, los participantes mencionaron cómo las dificultades de comunicación impactaban sus relaciones. Igualmente, reportaron no expresar sus emociones o compartir sus problemas por falta de seguridad en las relaciones: "Usualmente, se callan los problemas porque no hay un apoyo en nuestro entorno y no nos sentimos seguros. Allí empiezan los inconvenientes, si no hay un espacio seguro, encontraremos nuevas situaciones que llevan al miedo, la depresión, consumo de sustancias psicoactivas y ansiedad"(Participante joven).

9. Estilos de vida saludable (a = 21)
Los participantes resaltaron la importancia del autocuidado, la actividad física y la buena alimentación para su bienestar emocional.

10. Cohesión comunitaria e inclusión (a = 21)
Respecto a este factor los participantes ven a la amistad, el voluntariado, la compañía de pares y los grupos de socialización como factores protectores de la salud mental.

Resultados segunda etapa: taller participativo 3

Para determinar el *ranking* de prioridad, se utilizaron tres criterios en el siguiente orden: primero, se evaluó la tasa de selección (sí/no); en caso de empate, se consideró la Mdn; y finalmente, si aún persistía el empate, se utilizó el RIC. Para el caso de los problemas y trastornos de salud mental y los FPRSM, Mdn más pequeñas indicaban una mayor prioridad (1 —prioridad máxima). En el caso de las intervenciones, medianas con números mayores indicaban una mayor prioridad (100 —prioridad máxima). Para más detalles ver Tabla 2.

Problemas y trastornos de salud mental
En el caso de Armenia, la depresión y el suicidio y la autolesión están en los primeros lugares de los problemas y trastornos a priorizar, seguidos, en orden de prioridad, por el consumo de sustancias, la ansiedad, la agresión y hostilidad, la fobia social y, por último, el trastorno bipolar. Esto significa que los resultados finales de priorización en Armenia son similares a los resultados de los TP 1 y 2, así como a los resultados nacionales (ver Tabla 3).

Cabe aclarar que los problemas y trastornos de salud mental utilizados en los ejercicios de priorización variaron entre las ciudades; a nivel nacional solo se evaluaron y priorizaron aquellas que habían sido estudiadas en las 3 ciudades y que por ello comportaban relevancia a nivel nacional.

Factores protectores y de riesgo de la salud mental
En Armenia, los participantes seleccionaron diferentes factores, con las pocas redes sociales de apoyo encabezando la lista, seguido, en orden de priorización, por el acceso y disponibilidad de servicios de salud mental, la disfunción familiar, el uso adecuado de la tecnología, la violencia urbana, la autoestima, la inseguridad

alimentaria, el estigma y la discriminación, la construcción de un proyecto de vida y, por último, el proceso educativo (ver Tabla 4).

El acceso y disponibilidad de servicios de salud mental ocupa un lugar más prioritario en Armenia (puesto 2) con respecto al nivel nacional (puesto 8). Asimismo, destacan el uso adecuado de la tecnología (puesto 4 frente al 10 en el nivel nacional) y la construcción de un proyecto de vida (puesto 9 frente al 5 en el nivel nacional).

Tabla 3
Top 10 Problemas y Trastornos de Salud Mental

Top	Resultados TP 1 y 2 Armenia		Resultados TP 3 Armenia				Resultados Nacionales			
#	Factor	a	Factor	n	Mdn	RIC	Factor	n	Mdn	RIC
1	Consumo de sustancias	63	Depresión	18	2.5	1.0	Ansiedad	82	2.0	3.0
2	Depresión	25	Suicidio y autolesión	18	2.5	3.0	Depresión	82	2.5	1.0
3	Ansiedad	20	Consumo de sustancias	18	3.O	2.0	Suicidio y autolesión	82	3.0	2.25
4	Suicidio	18	Ansiedad	18	3.0	2.25	Consumo de sustancias	73	2.0	3.0
5	Tristeza y desesperanza	12	Agresión y hostilidad	18	5.5	1.5	-	-	-	-
6	Autolesión	9	Fobia social	18	6.0	2.0	-	-	-	-
7	Soledad	6	Trastorno bipolar	18	6.0	2.O	-	-	-	-
8	Agresión y hostilidad	4	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Burnout	4	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Duelo	3	-	-	-	-	-	-	-	-

Nota. A (anotaciones), Mdn (mediana), RIC (rango intercuartílico).

Tabla 4
Top 10 Factores Protectores y de Riesgo de la Salud Mental

Top	Resultados TP 1 y 2 Armenia		Resultados TP 3 Armenia				Resultados Nacionales			
#	Factor	a	Factor	n	Mdn	RIC	Factor	n	Mdn	RIC
1	Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental	71	Redes sociales de apoyo	20	2.0	1.75	Disfunción familiar	60	2.0	2.0
2	Redes sociales de apoyo	71	Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental	18	2.5	3.0	Violencia urbana	57	3.0	2.0
3	Espacios verdes, azules y recreativos	47	Disfunción familiar	17	2.0	2.5	Autoestima	56	3.0	2.0
4	Habilidades blandas	47	Uso adecuado de la tecnología	17	3.0	2.5	Pobreza y desempleo	55	2.0	3.0

5	Estigma y discriminación	47	Violencia urbana	16	3.5	1.75	Proyecto de vida	55	3.0	2.0
6	Disfunción familiar	45	Autoestima	15	3.0	1.0	Estigma y discriminación	54	3.0	2.0
7	Proyecto de vida	30	Inseguridad alimentaria	15	3.0	3.0	Inseguridad alimentaria	54	3.0	2.25
8	Relaciones interpersonales	24	Estigma y discriminación	14	2.5	3.0	Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental	50	3.0	2.0
9	Estilos de vida saludable	21	Proyecto de vida	13	3.0	3.5	Proceso educativo	42	3.0	2.0
10	Cohesión comunitaria e inclusión	21	Proceso educativo	12	3.0	1.0	Uso adecuado de la tecnología	41	3.0	2.0

Nota. A (anotaciones), Mdn (mediana), RIC (rango intercuartílico).

Priorización de intervenciones

En Armenia, los participantes seleccionaron diferentes intervenciones, los programas comunitarios de jóvenes encabezando la lista, seguido, en orden de priorización, por aumentar el número de profesionales en salud mental dentro de la comunidad, las líneas directas de apoyo, los programas centrados en escuelas y, en quinto lugar, los programas de reducción de daños en consumo de sustancias (ver Tabla 5).

Estos resultados se asemejan a los nacionales, al compararlas con las 5 mejores calificadas de Armenia, hay una coincidencia del 80 % en su selección (aunque el puesto que ocupa cada una varíe).

Tabla 5
Ranking de Intervenciones

#	Resultados Armenia	n	Mdn	RIC	Resultados Nacionales	n	Mdn	RIC
1	Programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida y vocacionales	19	10.0	5.0	Aumentar el número de profesionales entrenados en salud mental en el cuidado primario y dentro de la comunidad	79	10.0	5.0
2	Aumentar el número de profesionales entrenados en salud mental en el cuidado primario y dentro de la comunidad	18	10.0	9.25	Programas centrados en las familias	75	10.0	10.0
3	Líneas directas de apoyo en salud mental y/o prevención del suicidio	18	10.0	11.25	Programas centrados en escuelas, liderados por personas jóvenes y dirigidos a educación en salud mental y bienestar	70	10.0	8.5
4	Programas centrados en escuelas, liderados por personas jóvenes y dirigidos a educación en salud mental y bienestar	17	10.0	7.5	Programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida y vocacionales.	68	10.0	10.0
5	Programas de reducción de daños en consumo de sustancias	17	10.0	11.0	Líneas directas de apoyo en salud mental y/o prevención del suicidio	65	10.0	7.5
6	Programas centrados en las familias	16	10.0	8.75	Programas de reducción de daños en consumo de sustancias.	63	10.0	7.0
7	Programas priorizados y dirigidos a diversos contextos culturales y/o en condición de vulnerabilidad	16	8.0	5.0	Programas priorizados y dirigidos a diversos contextos culturales y/o en condición de vulnerabilidad	58	8.5	5.0
8	Campañas comunitarias de concientización en salud mental	15	5.0	5.0	Intervenciones enfocadas en los efectos de la violencia y el conflicto armado	55	10.0	5.0
9	Intervenciones enfocadas en los efectos de la violencia y el conflicto armado	15	5.0	5.0	Campañas comunitarias de concientización en salud mental	54	7.0	5.0
10	Programas educativos dirigidos a agentes comunitarios para aumentar el conocimiento en salud mental	14	5.0	3.375	Servicios de orientación y consejería en instituciones educativas	53	5.0	5.0
11	Servicios de orientación y consejería en instituciones educativas	14	5.0	7.875	Programas educativos dirigidos a agentes comunitarios para aumentar el conocimiento en salud mental	52	5.0	5.0
12	Programas de difusión y/o integración con rutas/programas/servicios existentes de salud mental	13	3.0	5.5	Programas educativos para pares enfocados en salud mental	51	5.0	5.0
13	Programas educativos para pares enfocados en salud mental	12	5.0	3.75	Programas para incrementar conexiones sociales y reducir el aislamiento	46	5.0	5.0
14	Servicios de telesalud y telemedicina	11	5.0	7.0	Programas de difusión y/o integración con rutas/programas/servicios existentes de salud mental	44	5.0	5.25
15	Programas para incrementar conexiones sociales y reducir el aislamiento	10	5.0	4.5	Servicios de telesalud y telemedicina	27	5.0	5.0

Retroalimentaciones y socialización

Tras cada taller, los participantes completaron una encuesta anónima de satisfacción donde calificaron el taller en una escala del 1 al 5, donde 1 es "pésimo" y 5 es "excelente". Todos los TP recibieron una evaluación positiva (Mdn = 5, RIC = 1). Los participantes destacaron que los TP fueron un espacio donde pudieron conocer a diferentes personas dentro del ecosistema de salud mental de los jóvenes en su región y que esto les permitió compartir sus experiencias y conocimiento, así como acceder a las perspectivas de diferentes actores en su contexto: **"La socialización con las diferentes partes, conocer los puntos de vista de los demás fue muy valioso y gratificante, aprendimos acerca de los diferentes procesos que se llevan a cabo en las diferentes instituciones"** (Participante del TP 1 en Armenia).

Adicionalmente, los jóvenes mencionaron sentirse escuchados y consideraron su participación en el taller como una experiencia positiva. Resaltaron aspectos como: **"El compartir experiencias nuevas, el escuchar y ser escuchados por nuestros pares"** (Participante del TP 2) **y "la posibilidad de escuchar las necesidades de los jóvenes en la voz de los jóvenes"** (Participante del TP 3).

Todos los resultados de priorización (problemas y trastornos de salud mental, FPRSM e intervenciones) fueron socializados en Armenia el 11 de abril del 2024, donde asistieron 26 personas y comentaron los hallazgos del proyecto.



CONCLUSIONES

El diseño escalonado con métodos mixtos que configuró este proyecto, articulado desde un enfoque participativo, permitió recolectar información relevante sobre la salud mental de los jóvenes de Armenia, cimentada en el contexto local y enriquecida por la inclusión integral de los distintos actores sociales.

Con base en un proceso riguroso de construcción de consenso, **se logró identificar que los problemas y trastornos de salud mental juvenil que la comunidad de Armenia considera más prioritarios son la depresión, el suicidio y la autolesión, el consumo de sustancias y la ansiedad.** Estas problemáticas también fueron priorizadas a nivel nacional, con variaciones en el puesto de prioridad que ocupaban.

Los resultados guardan cierta correspondencia con los hallazgos de la *Encuesta Nacional de Salud Mental* (MSPS, 2015), comentada al principio de este informe, pues en ambos estudios los trastornos depresivos y ansiosos fueron prevalentes. Así mismo, la priorización del consumo de sustancias en el *ranking* de los problemas de salud mental del TP 3 (puesto 3) coincide con los resultados de la *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas* (DANE, 2020) (véase el apartado “Información del proyecto”).

En cuanto a los FPRSM, las pocas redes sociales de apoyo, las dificultades de acceso y disponibilidad de servicios de salud mental, la disfunción familiar, el uso adecuado de la tecnología y la violencia urbana son, en orden de priorización, los cinco factores más relevantes para la salud mental de los jóvenes de Armenia. En contraste, la disfunción familiar, la violencia urbana, la autoestima, la pobreza y desempleo y el proyecto de vida ocupan, en ese orden, los primeros puestos en el nivel nacional, por lo que, en términos globales, son consistentes con los resultados de Armenia, aunque su orden varíe. Por otra parte, es pertinente considerar que la priorización de la disfunción familiar da cuenta de la problemática de violencia intrafamiliar en el Quindío, reportada por el Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses para el año 2022 y comentada al inicio del presente informe.

Los resultados, tanto de las condiciones como de los FPRSM de la salud mental de los jóvenes, son consistentes con las intervenciones que los participantes escogieron. **Las mejores calificadas fueron, en orden de importancia, los programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida y vocacionales; el aumento del número de profesionales entrenados en salud mental en el cuidado primario y dentro de la comunidad; las líneas directas de apoyo en salud mental y/o prevención del suicidio; los programas centrados en escuelas, liderados por personas jóvenes y dirigidos a educación en salud mental y bienestar y y los programas de reducción de daños en consumo de sustancias.** Esto

permite triangular y confirmar la prioridad de las condiciones y de los FPRSM que enuncia el interés de los participantes en abordar el consumo problemático de sustancias, la construcción de proyectos de vida y el acceso a servicios en salud mental.

Finalmente, es necesario destacar que, aunque estos resultados proporcionan una guía para comprender mejor la situación de la salud mental juvenil en Armenia, presentan varias limitaciones, a saber, dentro de otras, la falta de datos públicos actualizados que permitan contextualizar los hallazgos (como es el caso de los tiempos de espera en el acceso a la atención en salud mental) o la escasez de investigación local de calidad que ayude a entender con mayor claridad cómo se relacionan los problemas y trastornos con los FPRSM en la región. Esto ratifica las recomendaciones realizadas en otros documentos al respecto de la necesidad de no solo invertir en intervenciones que aborden los problemas y factores identificados, sino también en profesionales y en sistemas que faciliten la obtención y uso de datos actualizados sobre las diversas áreas del desarrollo de los jóvenes (Being, 2024).

En definitiva, como lo muestran los FPRSM priorizados, el abordaje de la salud mental juvenil trasciende al sector salud. Así, los resultados de este proyecto han de servir como hoja de ruta para la intervención de aquellas áreas que deberían ser exploradas en mayor profundidad y abordadas de manera intersectorial e interdisciplinaria.



Referencias

Alsubaie, M. M., Stain, H. J., Webster, L. A. D., & Wadman, R. (2019). *The role of sources of social support on depression and quality of life for university students. International Journal of Adolescence and Youth, 24*(4), 484–496. https://doi.org/10.1080/02673843.2019.1568887

American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, fifth edition, text revision, DSM-5-TM* (5.ª ed.). Amer Psychiatric Pub Inc.

Being. (2024). *Mapping Youth Mental Health Landscapes: Local Insights from 13 Countries.* https://being-initiative.org/wp-content/uploads/2024/04/Mapping-Youth-Mental-Health-Landscapes_April-18-2024.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2020). *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas – (ENCSPA).* https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/encspa/presentacion-encspa-2019.pdf

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2022). *Encuesta Nacional de Calidad de Vida.* https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/calidad-de-vida-ecv/encuesta-nacional-de-calidad-de-vida-ecv-2021

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2023a). *Actualización Post Covid-19. Proyecciones de la población departamental por área, sexo y edad: Proyecciones de población a nivel departamental. Período 2020 - 2050.* https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2023b). *Actualización Post Covid-19. Proyecciones de la población municipal por área, sexo y edad: Proyecciones de población a nivel municipal. Período 2020 - 2035.* https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/proyecciones-de-poblacion

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2023). *Forensis 2022: Datos para la vida.* https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/989825/Forensis_2022.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015.* https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomoI.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Registros Individuales de Prestación de Servicios de Salud.* https://www.sispro.gov.co/Pages/Home.aspx

Organización Mundial de la Salud. (2023). *WHO framework for meaningful engagement of people living with noncommunicable diseases, and mental health and neurological conditions.* https://www.who.int/groups/gcm/meaningful-engagement-of-people-with-lived-experience

White, S. C. (2008, abril). But what is Wellbeing? A framework for analysis in social and development policy and practice. *Centre for Development Studies, University of Bath.* https://n9.cl/6hubwi



Pontificia Universidad JAVERIANA Bogotá

| VIGILADA MINEDUCACIÓN |

INSTITUTO DE NEUROCIENCIAS
JUNTA DE BENEFICENCIA

Swiss TPH
Swiss Tropical and Public Health Institute

Apoya:

Being_

