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 Bucaramanga, Santander

https://doi.org/10.60794/Q57S-PK28

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 Bucaramanga

Germán Eduardo Rueda Jaimes, MD

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 Bucaramanga

Líder regional

Germán Eduardo Rueda Jaimes, MD

Asistentes regionales

Isabella Rojas Rey, BSc

Jesús Andrés Ortega Quintero

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*

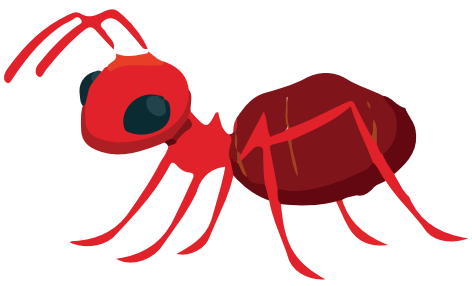
11 - *Factores protectores y de riesgo de la salud mental*

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 de 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 Bucaramanga, Santander.



De acuerdo con las proyecciones del *Censo Nacional de Población y Vivienda* del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2023a), Santander tuvo una población de 2 335 238 habitantes en 2022, de los cuales 1 142 452 (49 %) eran hombres y 1 192 786 (51 %) mujeres. Según la distribución demográfica, el 24 % eran jóvenes de 14 a 28 años y el 20 % niños de 0 a 13 años. Además, según el Censo, el 77 % de la población santandereana vivía en cabeceras municipales, mientras que el 23 % habitaba en centros poblados y rurales dispersos (DANE, 2023a).

Específicamente en Bucaramanga, la población estimada en el 2022 era de 610 125 habitantes, de los cuales 290 255 eran hombres (48 %) y 319 870 eran mujeres (52 %). En cuanto a grupos etarios, alrededor del 25 % eran jóvenes de 14 a 28 años y el 17 % 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 Oriental de Colombia, dentro de la que se encuentra el departamento de Santander, los adolescentes entre los 12 y los 17 años presentan una prevalencia de cualquier trastorno mental del 8.9 %* a lo largo de la vida y de 5.2 %* en el último año. En el caso de los adultos, la prevalencia a lo largo de la vida es del 8.6 % y de 3.9 % en el año anterior.

En ambos grupos poblacionales los tras-

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

tornos más prevalentes a lo largo de la vida son los afectivos (6.2 %, adultos; 4.4 %*, adolescentes), los depresivos (4.5 %, adultos; 4.4 %*, adolescentes) y de ansiedad (3.8 %, adultos; 6.0 %*, adolescentes). En el último año, los trastornos más prevalentes son los trastornos ansiosos (1.8 %*, adultos; 4.5 %*, adolescentes), afectivos (2.5 %*, adultos; 1.3 %*, adolescentes), y depresivos (1.8 %*, adultos; 1.3 %*, adolescentes).

Asimismo, en 2022 se registraron 22 casos de suicidio en Bucaramanga y 128 en el departamento de Santander (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 Santander, la prevalencia se encuentra en un 6.6 %, siendo aproximadamente 0.7 veces inferior al porcentaje nacional (DANE, 2020). Ahora bien, la disfunción familiar resulta ser una problemática relevante en Santander, pues en el 2022 se reportaron 287 casos de lesiones no fatales por violencia contra niños, niñas y adolescentes, con una tasa de 48.16 por 100 000 habitantes (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023). De estos, 69 tuvieron lugar en Bucaramanga representando una tasa del 49.94 cada 100 000 habitantes. Frente a la tasa nacional de 43.41, Santander y Bucaramanga tienen entonces aproximadamente una tasa 1.1 veces superior.

El 93 % de la población de Santander está afiliada al sistema de salud; el 50 % pertenecientes al régimen contributivo y 49 % al régimen subsidiado (DANE, 2022). De acuerdo con información del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), en 2022, se brindaron 278 503 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 7 % a jóvenes de 15 a 18 años y el 8 % a personas de 19 a 26 años, representando aproximadamente un cuarto de los servicios prestados. El uso de servicios por parte de los hombres fue del 47 % y el de las mujeres del 53 %. La mayoría de los servicios correspondieron a consultas médicas (69 %), seguidas de procedimientos de salud (27 %), urgencias (2 %) y hospitalizaciones (2 %) (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.

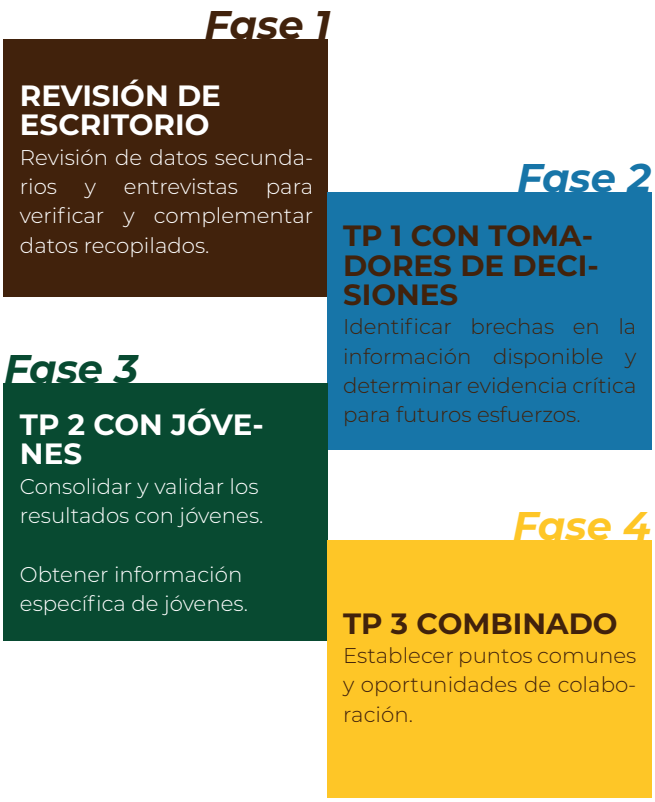
A propósito de algunos factores asociados a los problemas de salud mental, conviene señalar que actualmente no hay información suficiente para determinar con precisión el acceso a servicios de salud mental en la ciudad (Ministerio de Salud y Protección Social, 2023). Además, no se cuenta con información púbica 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

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

regionales), entrevistas con informantes clave y talleres participativos (TP) con tomadores de decisiones (Instituciones 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 conjunta. 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 claves 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, dirigido a 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.

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).

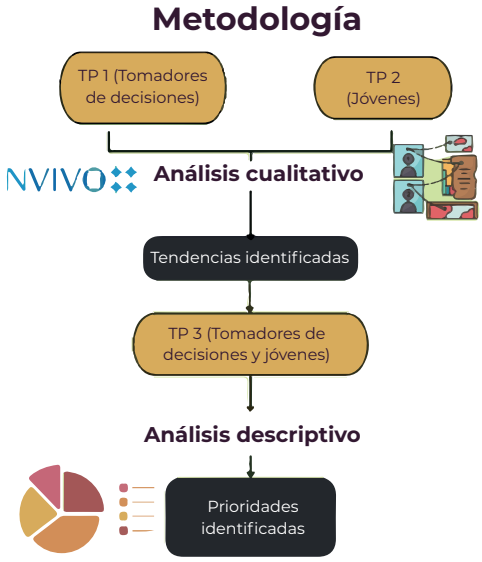
Los datos se analizaron utilizando el *software* SPSS Statistics versión 25.0. Se efectuó un análisis descriptivo para identificar las condiciones de salud mental,

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



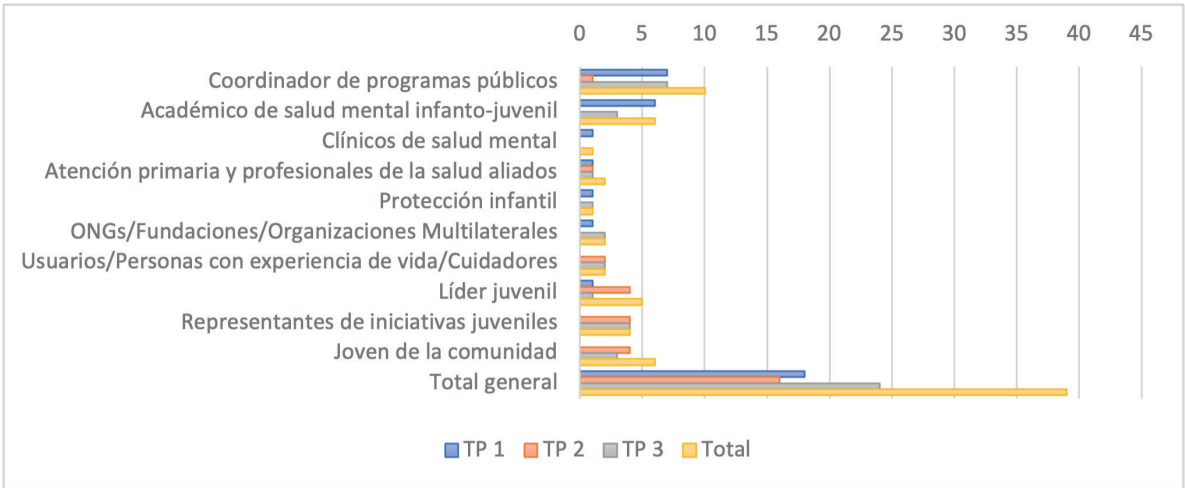
¿Quiénes participaron en el proyecto?

Durante el 2023 (de junio a octubre), 39 personas participaron en el proyecto. 18 eran jóvenes entre los 14 y los 24 años (46 %). Respecto al sexo, 24 (62 %) se identificaron como mujeres y 15 (38 %) como hombres (ver Tabla 2). Los participantes se distribuyeron en 10 categorías de acuerdo con su rol en el ecosistema (ver Figura 3). En su conjunto la participación de jóvenes representó el 38 % (líderes juveniles 13 %, representantes de iniciativas juveniles 10 % y jóvenes miembros de la comunidad 15 %).

Tabla 2
Datos Demográficos de los Participantes

	Primer taller		Segundo taller		Tercer taller		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Edad								
14 - 24 años	0	0%	16	100%	11	46%	18	46%
25 años o más	18	100%	0	0%	13	54%	21	54%
Sexo								
Femenino	7	39%	12	75%	13	54%	24	62%
Masculino	11	61%	4	25%	11	46%	15	38%
Total general	18	100%	16	100%	24	100%	39	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 nombrados por los participantes fueron el consumo de sustancias, con 24 anotaciones (a), la ansiedad (a = 15), la depresión (a = 15), la tristeza y desesperanza (a = 8), la autolesión (a = 8), el estrés (a = 8), los trastornos de la conducta alimentaria (a = 7), el aislamiento (a = 4), el trastorno bipolar (a = 3) y el suicidio (a = 3).

Factores protectores y de riesgo de la salud mental

En el ámbito de los FPRSM, los factores sociales fueron los más recurrentes, seguidos por los personales y no eligieron ninguno ambiental. En el *ranking* general, los 10 principales fueron:

1. Habilidades blandas (a = 57)

Los participantes mencionan habilidades blandas como la resolución de problemas y la comunicación como un factor de la salud mental y exponen que esto puede ayudar a afrontar problemáticas de salud mental. Igualmente, señalan que tener un nivel bajo de estas habilidades puede amplificar este tipo de problemáticas.

2. Redes sociales de apoyo (a = 50)

Los participantes indican que las redes de apoyo fuertes pueden favorecer la conciencia acerca de la salud mental. Adicionalmente, consideran que contribuyen de manera positiva a las demás áreas de la vida de las personas. 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. Inteligencia emocional (a = 48)

Los participantes relacionan este factor a problemas con la identificación de emociones y, en general, con todos los aspectos de la regulación emocional.

4. Estigma y discriminación (a = 41)

Principalmente los participantes mencionan el miedo a pedir ayuda en salud mental, ya que esto puede tener efectos negativos en su vida, relaciones y la manera en la que son percibidos por los demás. Asimismo, consideran que el estigma repercute en la poca disponibilidad de servicios y programas enfocados en salud mental. También dentro de este factor incluyen discriminación a personas pertenecientes a la comunidad LGBTIQ+.

5. Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental (a = 37)

Los participantes reportan que hay dificultades importantes para acceder a servicios de calidad, de manera oportuna. Consideran que esto se debe a falta de recursos económicos y a los procesos burocráticos de los distintos actores del sistema de salud.

6. Disfunción familiar (a = 35)

Dentro de este factor, los participantes mencionan dificultades con miembros del núcleo familiar como la sobre protección y sobre exigencia por parte de los padres. Adicionalmente, resaltan la ausencia tanto física como emocional de los cuidadores.

7. Proyecto de vida (a = 34)

Este factor está relacionado al establecimiento de responsabilidades y metas con motivaciones definidas y enfocadas en seguir un propósito de vida personal.

8. Cultura y valores (a = 27)

En general los participantes se refieren de manera negativa a este factor. En específico consideran que hay una manera de pensar tradicionalista, que se basa en múltiples tabús y patrones culturales establecidos.

9. Proceso educativo (a = 23)

Los participantes mencionan aspectos negativos relacionados con su proceso educativo. Exponen que faltan profesionales, tanto profesores como profesionales de salud mental, en centros educativos. También, señalan los impactos negativos de factores como la deserción escolar, el *bullying* y el estrés académico.

10. Relaciones interpersonales (a = 23)

Los participantes resaltan las dificultades con los límites como uno de los principales detonantes de problemas en sus relaciones tanto familiares como de amistad. Adicionalmente, mencionan que el aislamiento, el abandono y la vergüenza son problemas presentes en sus relaciones.

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 Bucaramanga, la ansiedad junto con la depresión está en los primeros lugares de los problemas y trastornos a priorizar, seguidos, en orden de prioridad, por el consumo de sustancias, el suicidio y la autolesión, los trastornos de la conducta alimentaria, el trastorno bipolar y, por último, las fobias. Esto significa que los resultados finales de priorización en Bucaramanga 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 Bucaramanga, los participantes seleccionaron diferentes factores, con la poca inteligencia emocional encabezando la lista, seguido, en orden de priorización, por la disfunción familiar, el estigma y discriminación, el acceso a servicios básicos, la violencia urbana, la inseguridad alimentaria, el impacto de los entornos digitales y las redes sociales, el proyecto de vida, las redes de apoyo y la pobreza y desempleo (ver Tabla 4).

El estigma y la discriminación ocupan un lugar más prioritario (puesto 3) con respecto al nivel nacional (puesto 6). En

cambio, la violencia urbana (puesto 5), el proyecto de vida (puesto 8) y la pobreza y el desempleo (puesto 10) ocupan un lugar menos prioritario en relación con el nacional, a saber, puestos 2, 5 y 4, respectivamente.

Tabla 3
Top 10 Problemas y Trastornos de Salud Mental

Top	Resultados TP 1 y 2 Bucaramanga		Resultados TP 3 Bucaramanga				Resultados Nacionales			
#	Factor	a	Factor	n	Mdn	RIC	Factor	n	Mdn	RIC
1	Consumo de sustancias	24	Ansiedad	21	2.0	2.0	Ansiedad	82	2.0	3.0
2	Ansiedad	15	Depresión	21	2.0	2.0	Depresión	82	2.5	1.0
3	Depresión	15	Consumo de sustancias	21	2.0	3.0	Suicidio y autolesión	82	3.0	2.25
4	Tristeza y desesperanza	8	Suicidio y autolesión	21	3.0	2.0	Consumo de sustancias	73	2.0	3.0
5	Autolesión	8	Trastornos de la conducta alimentaria	21	5.0	2.0	-	-	-	-
6	Estrés	8	Trastorno bipolar	21	6.0	1.5	-	-	-	-
7	Trastornos de la conducta alimentaria	7	Fobias	21	6.0	2.5	-	-	-	-
8	Aislamiento	4	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Trastorno bipolar	3	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Suicidio	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 Bucaramanga		Resultados TP 3 Bucaramanga				Resultados Nacionales			
#	Factor	a	Factor	n	Mdn	RIC	Factor	n	Mdn	RIC
1	Habilidades blandas	57	Inteligencia emocional	21	3.0	2.0	Disfunción familiar	60	2.0	2.0
2	Redes sociales de apoyo	50	Disfunción familiar	19	1.0	2.0	Violencia urbana	57	3.0	2.0
3	Inteligencia emocional	48	Estigma y discriminación	19	3.0	2.0	Autoestima	56	3.0	2.0
4	Estigma y discriminación	41	Acceso a servicios básicos	18	2.0	2.0	Pobreza y desempleo	55	2.0	3.0

5	Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental	37	Violencia urbana	18	2.0	2.0	Proyecto de vida	55	3.0	2.0
6	Disfunción familiar	35	Inseguridad alimentaria	18	3.0	1.25	Estigma y discriminación	54	3.0	2.0
7	Proyecto de vida	34	Impacto de los entornos digitales y redes sociales	17	2.0	2.0	Inseguridad alimentaria	54	3.0	2.25
8	Cultura y valores	27	Proyecto de vida	17	3.0	2.0	Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental	50	3.0	2.0
9	Proceso educativo	23	Redes sociales de apoyo	17	3.0	2.5	Proceso educativo	42	3.0	2.0
10	Relaciones interpersonales	23	Pobreza y desempleo	16	2.5	2.5	Uso adecuado de la tecnología	41	3.0	2.0

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

Priorización de intervenciones

En Bucaramanga, los participantes seleccionaron diferentes intervenciones, aumentar el número de profesionales en salud mental dentro de la comunidad encabezando la lista, seguido, en orden de priorización, por los programas centrados en las familias, los programas de reducción de daños en consumo de sustancias, los programas centrados en escuelas y, en quinto lugar, las intervenciones enfocadas en los efectos de la violencia y el conflicto armado (ver Tabla 5).

Estos resultados tienden a asemejarse de los nacionales, al compararlas con las 5 mejores calificadas de Bucaramanga, hay una coincidencia del 60 % en su selección (aunque el puesto que ocupa cada una varíe).

Tabla 5
Ranking de Intervenciones

#	Resultados Bucaramanga	n	Mdn	RIC	Resultados Nacionales	n	Mdn	RIC
1	Aumentar el número de profesionales entrenados en salud mental en el cuidado primario y dentro de la comunidad	19	20.0	10.0	Aumentar el número de profesionales entrenados en salud mental en el cuidado primario y dentro de la comunidad	79	10.0	5.0
2	Programas centrados en las familias	19	15.0	12.0	Programas centrados en las familias	75	10.0	10.0
3	Programas de reducción de daños en consumo de sustancias	17	10.0	10.0	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	15	10.0	10.0	Programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida y vocacionales	68	10.0	10.0
5	Intervenciones enfocadas en los efectos de la violencia y el conflicto armado	14	10.0	5.5	Líneas directas de apoyo en salud mental y/o prevención del suicidio	65	10.0	7.5
6	Líneas directas de apoyo en salud mental y/o prevención del suicidio	14	5.0	7.75	Programas de reducción de daños en consumo de sustancias	63	10.0	7.0
7	Programas priorizados dirigidos a diversos contextos culturales y/o en condición de vulnerabilidad	13	7.0	5.0	Programas priorizados y dirigidos a comunidades con diversos contextos culturales y/o en condiciones de vulnerabilidad	58	8.5	5.0
8	Programas para incrementar conexiones sociales y reducir el aislamiento	13	5.0	4.5	Intervenciones enfocadas en los efectos de la violencia y el conflicto armado	55	10.0	5.0
9	Campañas comunitarias de concientización en salud mental	12	5.0	15.0	Campañas comunitarias de concientización en salud mental	54	7.0	5.0
10	Programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida	11	10.0	10.0	Servicios de orientación y consejería en instituciones educativas	53	5.0	5.0
11	Programas educativos dirigidos a agentes comunitarios para aumentar el conocimiento en salud mental	11	6.0	5.0	Programas educativos dirigidos a agentes comunitarios para aumentar el conocimiento en salud mental	52	5.0	5.0
12	Servicios de orientación y consejería en instituciones educativas	10	5.0	2.25	Programas educativos para pares enfocados en salud mental	51	5.0	5.0
13	Programas educativos para pares enfocados en salud mental.	8	6.0	6.0	Programas para incrementar conexiones sociales y reducir el aislamiento	46	5.0	5.0
14	Programas de difusión y/o integración con rutas/programas/servicios existentes de salud mental.	8	4.0	3.75	Programas de difusión y/o integración con rutas/programas/servicios existentes de salud mental	44	5.0	5.25
15	Servicios de telesalud y telemedicina	6	5.0	5.0	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 = 0). Los participantes destacaron que los talleres fueron un espacio donde pudieron conocer a diferentes personas dentro del contexto de la salud mental de los jóvenes en su región. Adicionalmente, esto les permitió compartir sus experiencias y conocimiento, y entrar en contacto con las perspectivas de diferentes actores. Un ejemplo de ello es un participante que describe el taller como un **"Espacio de concertación entre personas y organizaciones"** (Participante del TP 1), otro que menciona cómo el taller le permitió **"exponer y ser escuchado"** (Participante del TP 1) y, finalmente, uno del taller 3 que resalta **"la combinación de los adultos con los jóvenes y conocer sus puntos de vista".** Asimismo, los jóvenes mencionaron que las actividades expandieron su percepción de la salud mental, en palabras de un participante el TP 2: **"La parte del taller que más me permitió construir conceptos fue la etapa de conversación con otros jóvenes. Allí, pude conocer más matices sobre la problemática de salud mental en los jóvenes."**

Todos los resultados de priorización (problemas y trastornos de salud mental, FPRSM e intervenciones) fueron socializados en Bucaramanga el 15 de marzo del 2024, donde asistieron 23 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 Bucaramanga, 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 Bucaramanga considera más prioritarios son la ansiedad, la depresión, el consumo de sustancias y el suicidio y la autolesión.** 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. Asimismo, 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, la poca inteligencia emocional, la disfunción familiar, el estigma y la discriminación, el acceso a servicios básicos y la violencia urbana son, en orden de priorización, los cinco factores más relevantes para la salud mental de los jóvenes de Bucaramanga. En contraste, la disfunción familiar, la violencia urbana, la autoestima, la pobreza y el desempleo, y el proyecto de vida ocupan, en ese orden, los primeros puestos en el nivel nacional, por lo que algunos son consistentes con los resultados de Bucaramanga, 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 Santander, 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, **aumentar el número de profesionales entrenados en salud mental en el cuidado primario y dentro de la comunidad; los programas centrados en las familias; los programas de reducción de daños en consumo de sustancias; los programas centrados en escuelas, liderados por personas jóvenes y dirigidos a educación en salud mental y bienestar, y las intervenciones enfocadas en los efectos de la violencia y el conflicto armado.** 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 inteligencia emocional, las dinámicas intrafamiliares y la violencia.

Finalmente, es necesario destacar que, aunque estos resultados proporcionan una guía para comprender mejor la situación de la salud mental juvenil en Bucaramanga, 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.

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

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_

