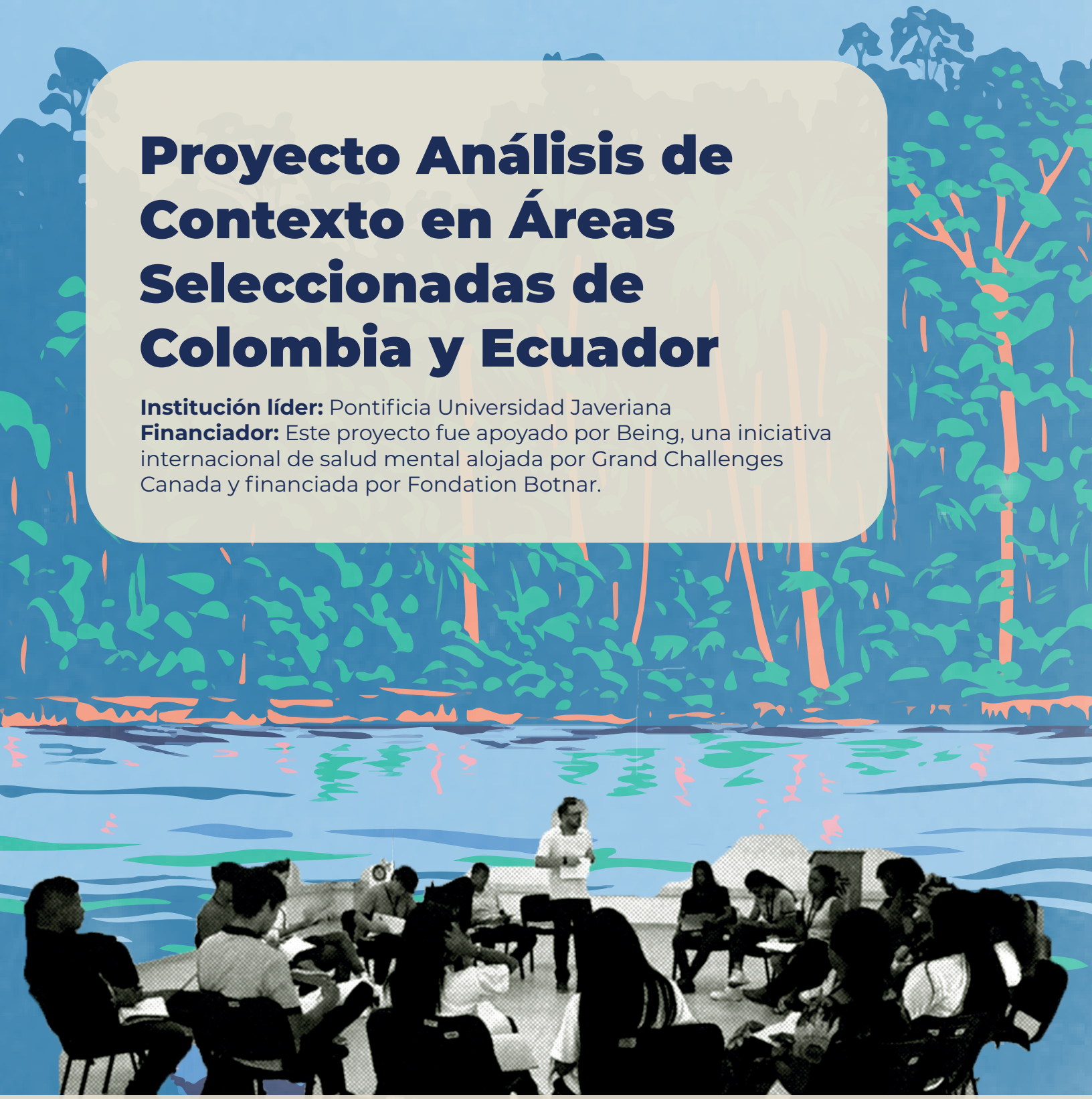
Proyecto Análisis de Contexto en Áreas Seleccionadas de Colombia y Ecuador

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 Leticia, Amazonas

https://doi.org/10.60794/RZFZ-J049

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 Leticia

Henry Esteban Porras Rosero, 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 Amazonas

Líder regional

Henry Esteban Porras Rosero, MD

Asistente regional

David Alberto Porras Rosero, BSc

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?

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

10 - *Problemas y trastornos de salud mental*

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

11 - Resultados segunda etapa: taller participativo 3

12 - *Problemas y trastornos de salud mental*

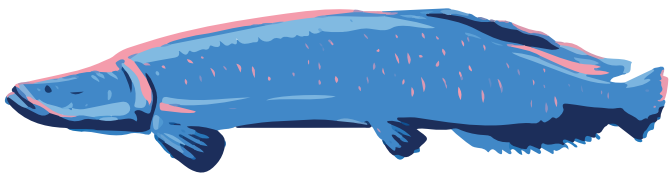
12 - *Factores protectores y de riesgo de la salud mental*

13 - *Priorización de intervenciones*

14 - Retroalimentaciones y socialización

15 - Conclusiones

18 - 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 Leticia y su zona de influencia en Puerto Nariño, donde se realizó únicamente el TP 1 (véase el apartado “Metodología de construcción de consenso”).

De acuerdo con las proyecciones de población del *Censo Nacional de Población y Vivienda* del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE, 2023a), Amazonas tuvo una población de 83 690 habitantes en 2022, de los cuales 42 977 (51 %) eran hombres y 40 713 (49 %), mujeres. Según la distribución demográfica, aproximadamente el 28 % eran jóvenes de 14 a 28 años y el 32 %, niños de 0 a 13 años. Además, según el Censo, el 50 % de la población amazonense vivía en cabeceras municipales, y el otro 50 % habitaba en centros poblados y rurales dispersos (DANE, 2023a).

Específicamente en Leticia, la población estimada en el 2022 era de 53 201 habitantes, de los cuales 26 918 eran hombres (51 %) y 26 283, mujeres (49 %). En cuanto a grupos etarios, alrededor del 28 % eran jóvenes de 14 a 28 años y el 28 %, niños de 0 a 13 años. El 28 % de la población residía en la cabecera municipal y el 72 % en centros poblados y rurales dispersos (DANE, 2023b). Cabe mencionar que el Amazonas es una de las regiones de Colombia con una significativa presencia de población indígena, ya que el 38.1 % de sus habitantes pertenece a alguna etnia indígena (DANE, 2019).

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 incluyó al departamento del Amazonas, 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 del 3.9 % en el año anterior. En ambos grupos poblacionales, los trastornos 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 los 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 3 casos de suicidio en Leticia, los cuales representan el total de casos del departamento de Amazonas (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023). Además, se estima que la prevalencia de vida a nivel nacional es del 9.7 % para alguna sustancia psicoactiva ilegal, en Amazonas, la prevalencia se encuentra en un 11.6 %*, lo que significa que es aproximadamente 1.2 veces superior al porcentaje nacional (DANE, 2020). Ahora bien, la disfunción familiar resulta ser una problemática relevante en Amazonas, pues en el 2022 se reportaron 23 casos de lesiones no fatales por violencia contra niños, niñas y adolescentes, con una tasa de 66.48 por 100 000 habitantes (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023). De estos 23 casos, todos tuvieron lugar en Leticia. Así, frente a la tasa nacional de 43.41, Amazonas y Leticia tienen aproximadamente una tasa 1.5 veces superior.

El 92 % de la población del Amazonas está afiliada al sistema de salud, el 14.2 % al régimen contributivo y el 86 % al subsidiado (DANE, 2022). De acuerdo con información del Registro Individual de Prestación de Servicios (RIPS), en 2022 se brindaron 3 083 atenciones de salud por diagnóstico principal de trastornos de salud mental, de las que aproximadamente el 14 % se destinaron a niños de 10 a 14 años, el 18 % a jóvenes de 15 a 18 años y el 14 % a personas de 19 a 26 años, representando aproximadamente la mitad de los servicios prestados. El uso de servicios por parte de los hombres fue del 58 % y del 42 % para las mujeres. La mayoría de los servicios correspondieron a consultas médicas (72 %), seguidas de procedimientos de salud (21 %), atención hospitalaria (6 %) y atención de 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

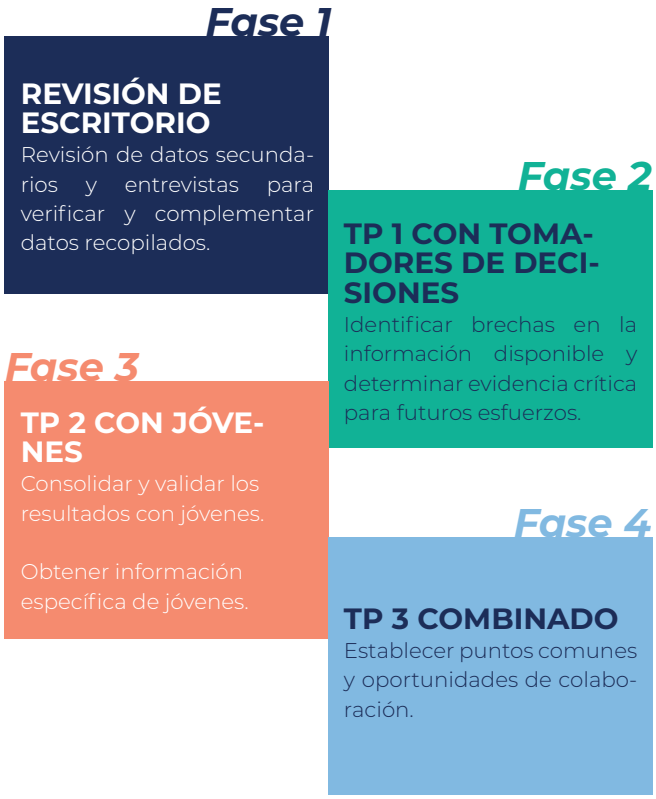
*Los resultados fueron imprecisos de acuerdo con la fuente (MSPS, 2015).
*Los resultados fueron imprecisos de acuerdo con la fuente (DANE, 2020).

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 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.

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

Figura 1
Diseño Escalonado del Proyecto



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

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

autorizados por el Comité de Investigaciones y Ética Institucional de la Facultad de Medicina de la Pontificia Universidad Javeriana FM-CIE-0663-24.

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 promover la construcción de 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

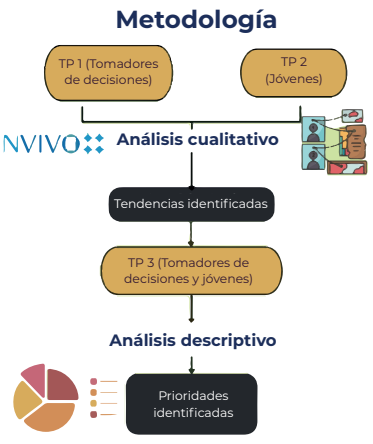
Aunque la cantidad de anotaciones ayuda a contextualizar la problemática, no se puede concluir con certeza que esta refleje fielmente la importancia que las diversas problemáticas representan para las personas. Por ello, basándonos en los resultados obtenidos en la etapa 1, se implementaron tres ejercicios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

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

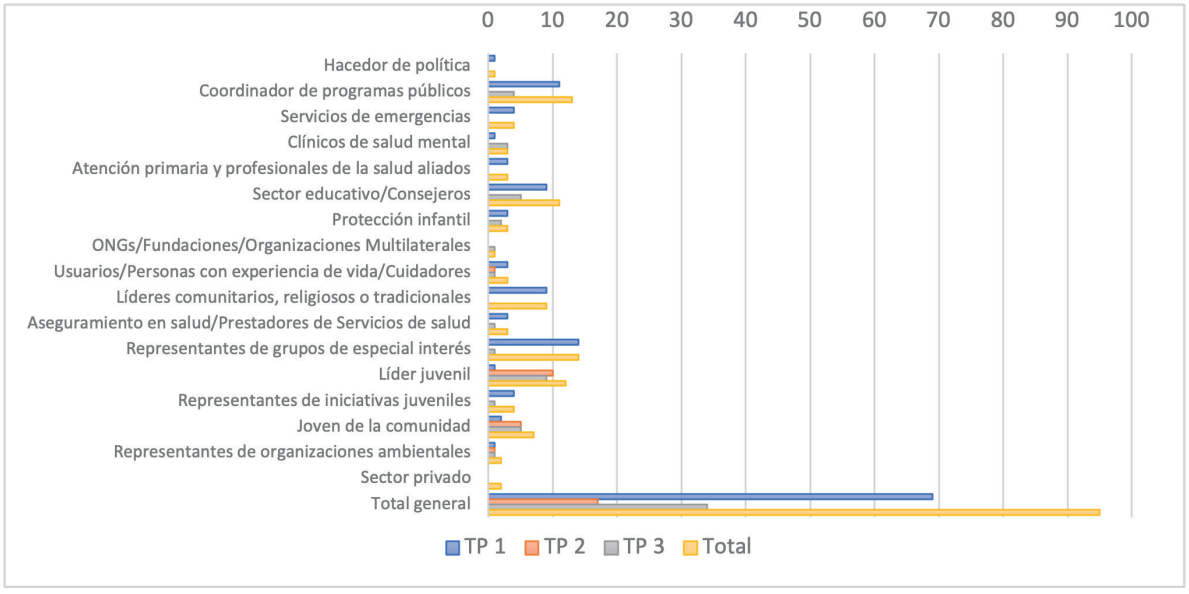
Durante el 2023 (de mayo a octubre), 95 personas participaron en el proyecto. 22 fueron jóvenes entre los 14 y los 24 años (23 %). Respecto al sexo, 50 se identificaron como mujeres (53 %) y 45 como hombres (47 %) (ver Tabla 2). Los participantes se distribuyeron en 17 categorías de acuerdo con su rol en el ecosistema (ver Figura 3). En su conjunto la participación de jóvenes representó el 24 % (líderes juveniles 13 %, jóvenes miembros de la comunidad con un 7 %, y representantes de iniciativas juveniles 4 %). Los representantes de grupos de especial interés representaron un 14 % (LGBTIQ+, Víctimas, Indígenas, Migrantes, etc.) y los demás sectores tuvieron una participación inferior.



Tabla 2
Datos Demográficos de los Participantes

	Primer taller		Segundo taller		Tercer taller		Total	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ubicación								
Puerto Nariño	36	52%	0	0%	0	0%	36	38%
Leticia	33	48%	17	100%	34	100%	59	62%
Edad								
14 - 24 años	8	12%	15	88%	15	44%	22	23%
25 años o más	61	88%	2	12%	19	56%	73	77%
Sexo								
Femenino	33	48%	10	59%	27	79%	50	53%
Masculino	36	52%	7	41%	7	21%	45	47%
Total general	69	100%	17	100%	34	100%	95	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 la salud mental

Los 10 problemas y trastornos de salud mental nombrados por los participantes fueron el consumo de sustancias, con 90 anotaciones (a), la depresión (a = 36), el suicidio (a = 32), la ansiedad (a = 27), la autolesión (a = 24), el estrés (a = 14), la tristeza y desesperanza (a = 13), el aislamiento (a = 5), el trastorno bipolar (a = 3) y la esquizofrenia (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, en última instancia, los ambientales. En el *ranking* general, los 10 principales fueron:

1. Disfunción familiar (a = 102)

En los talleres, los participantes mencionaron que las dificultades de comunicación, el conflicto familiar, el abandono por parte de los padres a los hijos, el acoso y la invalidación emocional, especialmente entre niños y padres, eran una fuente importante de angustia emocional.

2. Habilidades blandas (a = 89)

Los participantes relacionan el desarrollo de habilidades blandas con tener mejor autoestima y poder hacer introspección respecto a sus procesos personales. Así mismo, mencionan varias actitudes prosociales como parte de las habilidades blandas, en específico, resaltan la empatía y la solidaridad.

3. Pobreza y desempleo (a = 75)

Durante los talleres, los participantes expusieron que el desempleo y la inestabilidad económica eran factores que afectan de manera importante su salud mental. También, indicaron que estas dificultades socioeconómicas estaban asociadas a la ineficiencia del sistema educativo y laboral, en concreto a la falta de oportunidades. En el caso de Puerto Nariño, compartieron que estas dificultades daban lugar a fenómenos sociales complejos como la explotación sexual infantil y la participación en el cultivo de hoja de coca.

4. Cultura y valores (a = 52)

Los participantes compartieron que la región del Amazonas se destaca por su preservación de las costumbres ancestrales, así como de los valores y prácticas culturales que se han transmitido de generación en generación. También, expusieron que a medida que los jóvenes experimentan un proceso de occidentalización, algunas de estas tradiciones se ven cuestionadas, lo que resulta en la paulatina pérdida de prácticas. Adicionalmente, los adultos que participaron de los talleres ven esta disminución de costumbres negativamente y señalan que incita conflictos familiares.

5. Proceso educativo (a = 50)

En el desarrollo de los talleres, los participantes mencionaron que la baja calidad de la educación, la falta de oportunidades de formación y las dificultades con compañeros son aspectos que afectan su educación y su salud mental.

6. Medicina tradicional (a = 49)
Respecto a este factor, los participantes indicaron que es relevante adoptar un enfoque integral en el abordaje de los problemas de salud mental, teniendo en cuenta elementos de la medicina tradicional amazónica con prácticas de la medicina occidental. Mencionan uso de tabaco, purgas y otras costumbres ancestrales.

7. Autoestima (a = 46)
Los participantes relacionan la autoestima con el amor y valor propio. Adicionalmente, consideran que una imagen positiva de sí mismos contribuye a la resiliencia emocional, permitiéndoles manejar de manera más efectiva el estrés y la presión social.

8. Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental (a = 44)
Frente a este factor, los participantes exponen que hay poca disponibilidad y oportunidad de atención para la salud mental. Adicionalmente, consideran que hacen falta recursos económicos lo que lleva a que las poblaciones vulnerables no sean atendidas a tiempo y puede agravar su condición.

9. Estigma y discriminación (a = 43)
Para los participantes un fenómeno preocupante es el estigma relacionado con los problemas de salud mental, como el consumo problemático de sustancias psicoactivas. Igualmente, el rechazo que enfrentan las personas con identidades de género diversas y pertenencia étnica. Exponen que los jóvenes con frecuencia enfrentan discriminación y prejuicios, lo que dificulta su acceso a servicios de salud mental y aumenta las barreras para recibir el apoyo necesario.

10. Redes sociales de apoyo (a = 42)
Los jóvenes de Leticia reconocen algunas redes de apoyo como esenciales, ese es el caso de los amigos, vecinos y familiares. Igualmente, algunos mencionan a los grupos deportivos y culturales señalando que promueven la interacción con personas de su mismo grupo de edad y generan amistades donde pueden compartir experiencias comunes. Sin embargo, los participantes consideran que en Leticia es importante poder formar más de estas redes de apoyo donde los jóvenes se sientan seguros, tengan sentido de pertenencia y puedan desarrollarse de manera íntegra.

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 la salud mental

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

Tabla 3
Top 10 Problemas y Trastornos de Salud Mental

Top	Resultados TP 1 y 2 Amazonas		Resultados TP 3 Amazonas				Resultados Nacionales			
#	Factor	a	Factor	n	Mdn	RIC	Factor	n	Mdn	RIC
1	Consumo de sustancias	90	Depresión	34	2.0	1.0	Ansiedad	82	2.0	3.0
2	Depresión	36	Consumo de sustancias	34	2.0	2.0	Depresión	82	2.5	1.0
3	Suicidio	32	Ansiedad	34	2.0	3.0	Suicidio y autolesión	82	3.0	2.25
4	Ansiedad	27	Suicidio y autolesión	34	4.0	3.0	Consumo de sustancias	73	2.0	3.0
5	Autolesión	24	Trastorno bipolar	34	5.5	1.25	-	-	-	-
6	Estrés	14	Esquizofrenia	34	6.0	2.0	-	-	-	-
7	Tristeza y desesperanza	13	Trastornos de la conducta alimentaria	34	6.0	2.0	-	-	-	-
8	Aislamiento	5	-	-	-	-	-	-	-	-
9	Trastorno bipolar	3	-	-	-	-	-	-	-	-
10	Esquizofrenia	3	-	-	-	-	-	-	-	-

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

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 Amazonas, los participantes seleccionaron diferentes factores, con la pobreza y desempleo encabezando la lista y la inseguridad alimentaria ocupando el último lugar. Entre estos, se destacan las condiciones de las viviendas, el proceso educativo, la autoestima, el proyecto de vida, la disfunción familiar y violencia intrafamiliar, las dificultades en el acceso y disponibilidad de servicios de salud mental, la violencia urbana, así como el estigma y la discriminación, y por último la inseguridad alimentaria (ver Tabla 4).

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

Top	Resultados TP 1 y 2 Amazonas		Resultados TP 3 Amazonas				Resultados Nacionales			
#	Factor	a	Factor	n	Mdn	RIC	Factor	n	Mdn	RIC
1	Disfunción familiar	102	Pobreza y desempleo	29	2.0	2.0	Disfunción familiar	60	2.0	2.0
2	Habilidades blandas	89	Condiciones de vivienda	27	2.0	3.0	Violencia urbana	57	3.0	2.0
3	Pobreza y desempleo	75	Proceso educativo	25	3.0	2.0	Autoestima	56	3.0	2.0
4	Cultura y valores	52	Autoestima	25	3.0	2.5	Pobreza y desempleo	55	2.0	3.0
5	Proceso educativo	50	Proyecto de vida	25	3.0	3.0	Proyecto de vida	55	3.0	2.0
6	Medicina tradicional	49	Disfunción familiar Violencia intrafamiliar	24 21	1.5 2.0	1.75 2.0	Estigma y discriminación	54	3.0	2.0
7	Autoestima	46	Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental	23	2.0	2.0	Inseguridad alimentaria	54	3.0	2.25
8	Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental	44	Violencia urbana	23	3.0	3.0	Acceso y disponibilidad de servicios de salud mental	50	3.0	2.0
9	Estigma y discriminación	43	Estigma y discriminación	21	3.0	2.0	Proceso educativo	42	3.0	2.0
10	Redes sociales de apoyo	42	Inseguridad alimentaria	21	3.0	3.0	Uso adecuado de la tecnología	41	3.0	2.0

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

La pobreza y desempleo tienen un lugar más prioritario en Amazonas (puesto 1) con respecto al nivel nacional (puesto 4). Asimismo, destacan las condiciones de vivienda (puesto 2 frente a no ser priorizado a nivel nacional), y el proceso educativo (puesto 3 frente al puesto 9 en el nivel nacional). En cambio, la disfunción familiar (puesto 6) y la violencia urbana (puesto 8) ocupan un lugar menos prioritario en relación con el nacional, a saber, puestos 1 y 2, respectivamente.

Priorización de intervenciones

En Amazonas, los participantes seleccionaron diferentes intervenciones, con el aumento del número de profesionales en salud mental en la comunidad y cuidado primario encabezando la lista, seguido, en orden de priorización, por los programas centrados en las familias, los programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida y vocacionales, los programas centrados en escuelas y, en quinto lugar, las líneas directas de apoyo (ver Tabla 5).

Al comparar los hallazgos a nivel nacional con las 5 intervenciones mejores calificadas de Leticia, hay una coincidencia del 100 % en su selección (aunque el puesto que algunas ocupan varíe).

Tabla 5
Ranking de Intervenciones

#	Resultados Amazonas	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	32	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	Programas centrados en las familias	31	10.0	10.0	Programas centrados en las familias	75	10.0	10.0
3	Programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida y vocacionales	29	10.0	7.5	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	28	10.0	3.75	Programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida y vocacionales	68	10.0	10.0
5	Líneas directas de apoyo en salud mental y/o prevención del suicidio	25	10.0	5.0	Líneas directas de apoyo en salud mental y/o prevención del suicidio	65	10.0	7.5
6	Servicios de orientación y consejería en instituciones educativas	25	10.0	5.0	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 condiciones de vulnerabilidad	24	10.0	3.75	Programas priorizados y dirigidos a comunidades con diversos contextos culturales y/o en condiciones de vulnerabilidad	58	8.5	5.0
8	Programas educativos para pares enfocados en salud mental	24	10.0	5.0	Intervenciones enfocadas en los efectos de la violencia y el conflicto armado	55	10.0	5.0
9	Programas de reducción de daños en consumo de sustancias	23	10.0	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	22	10.0	5.0	Servicios de orientación y consejería en instituciones educativas	53	5.0	5.0
11	Campañas comunitarias de concientización en salud mental	20	10.0	5.0	Programas educativos dirigidos a agentes comunitarios para aumentar el conocimiento en salud mental	52	5.0	5.0
12	Programas para incrementar conexiones sociales y reducir el aislamiento	17	10.0	5.0	Programas educativos para pares enfocados en salud mental	51	5.0	5.0
13	Intervenciones enfocadas en los efectos de la violencia y el conflicto armado	16	7.5	5.0	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	16	5.0	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	5	5.0	7.5	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). Uno de los participantes describe los talleres como un espacio para **"El diálogo y el compartir de saberes y situaciones respecto a la salud mental de nuestros niños, jóvenes y adolescentes"** (Participante del TP 2 en Leticia). Resaltan igualmente la posibilidad de intercambiar conocimientos y experiencias y dialogar con personas con quienes no lo suelen hacer: **"La participación y opiniones desde diferentes profesionales, entidades, organizaciones y estudiantes"** y **"La discusión de la priorización entre tomadores de decisiones y los jóvenes"** (Participantes del TP 3).

Todos los resultados de priorización (problemas y trastornos de salud mental, FPRSM e intervenciones) fueron socializados en Leticia el 24 de enero del 2024, donde asistieron 28 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 Leticia, 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 Leticia considera más prioritarios son la depresión, el consumo de sustancias, la ansiedad 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. Así mismo, la priorización del consumo de sustancias en el *ranking* de los problemas de salud mental del TP 3 (puesto 2) coincide con los resultados de la *Encuesta Nacional de Consumo de Sustancias Psicoactivas* (DANE, 2020) (véase el apartado "Información del proyecto"). En cuanto al suicidio y la autolesión, es importante tener en cuenta que las cifras dadas al inicio de este informe pueden estar subrepresentadas ya que, en septiembre del 2023, se presentaron casos en otras áreas del departamento que posiblemente no han sido reportados a las autoridades locales (Noticias Caracol, 2023).

En cuanto a los FPRSM, la pobreza y el desempleo, las condiciones de las viviendas, el proceso educativo, la autoestima y el proyecto de vida son, en orden de priorización, los cinco factores más relevantes para la salud mental de los jóvenes en Leticia. 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. Así, en términos globales, estos hallazgos son consistentes con los resultados de Leticia, aunque su orden varíe. Por otra parte, se destaca el caso de la disfunción familiar cuya tasa es de las más altas entre las tres regiones estudiadas en este proyecto (Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, 2023) y, sin embargo, se ubicó en el puesto 6 en Leticia. En cambio, otros factores como la pobreza y el desempleo y las condiciones de la vivienda parecen tener más relevancia en Leticia, al ubicarse entre los primeros puestos.

En relación con esto, se sabe que el bienestar y la salud mental están influenciados por diversos factores que van más allá de lo biológico, genético o del funcionamiento del organismo. Las interacciones sociales, el entorno, las políticas, la estructura social y la cultura también juegan un papel importante. En el caso de Leticia, por ejemplo, ciertas condicio-

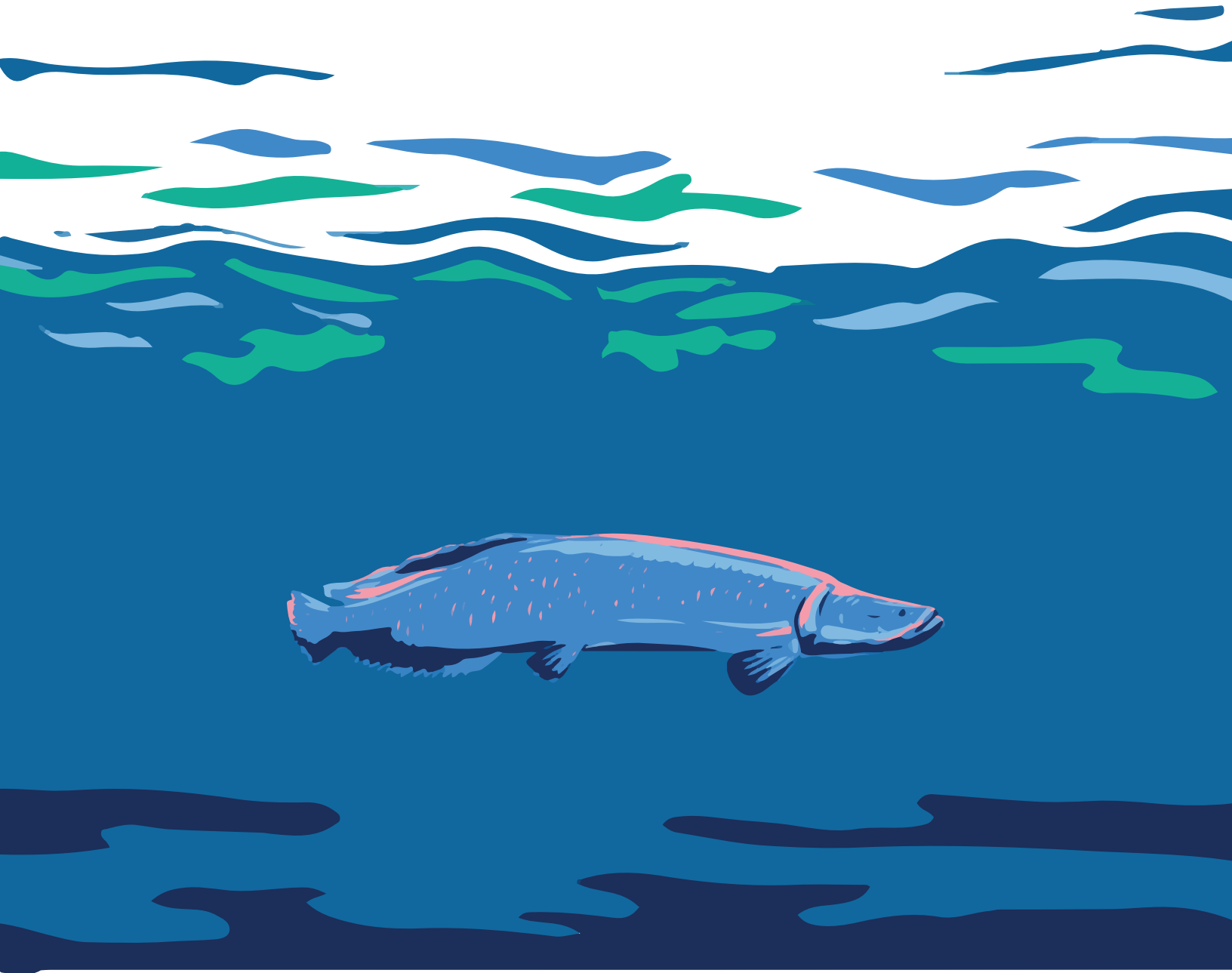
nes sociales son de alta relevancia pues, para el segundo semestre del 2022, en la región Orinoquía, Amazonía e Insular había un 14.5 % de desocupación y un 59.6 % de ocupación (DANE, 2024). Asimismo, el DANE (2022) reportaba que tan solo el 16.7 % de los hogares en el Amazonas contaban con acceso a Internet, el 33.6 % con alcantarillado, el 53.2 % con servicio de recolección de basuras y el 81.7 % con servicio de energía. En relación con esto, es importante considerar las particularidades de Leticia y Puerto Nariño que, al estar ubicados en un departamento con una población rural y dispersa considerable (véase el apartado "Información del proyecto"), enfrentan retos en la distribución y acceso de servicios básicos, las condiciones de viviendas y las fuentes de empleo, entre otras.

Los resultados, tanto de las condiciones como de los FPRSM de la salud mental de los jóvenes, son en su mayoría consistentes con las intervenciones que los participantes escogieron. Las mejores calificadas fueron, en orden de importancia, **el aumento del número de profesionales en salud mental en la comunidad y cuidado primario, los programas centrados en las familias, los programas comunitarios de jóvenes centrados en desarrollar habilidades para la vida y vocacionales, los programas centrados en escuelas y, en quinto lugar, las líneas directas de apoyo.** Esto permite triangular y confirmar la prioridad de las condiciones y de los FPRSM que enuncia el interés de los participantes en abordar el proceso educativo de los jóvenes, la construcción de proyectos de vida y la autoestima, las dinámicas intrafamiliares y el acceso a servicios en salud mental. Destaca la baja prioridad dada a los programas de reducción de daños en consumo de sustancias (puesto 9), a pesar de la alta prioridad obtenida para la problemática (puesto 2). Los participantes pueden haber considerado que los programas priorizados afectan varios desenlaces en salud mental, incluido el consumo de sustancias, y que el abordaje específicamente mediante estrategias de reducción de daños no sea prioritario.

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

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. (2019). *Población Indígena de Colombia: Resultados del Censo Nacional de Población y vivienda 2018*. https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/grupos-etnicos/presentacion-grupos-etnicos-2019.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

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2024). *Boletín técnico-Gran Encuesta Integrada de Hogares (GEIH): Mercado laboral por regiones-Segundo semestre 2023*. https://www.dane.gov.co/files/operaciones/GEIH/bol-GEIHRegiones-IISem2023.pdf

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

Noticias Caracol. (10 de septiembre, 2023). Preocupación por tasa de suicidios en Amazonas: solo hay un psiquiatra en ese departamento. *Noticias Caracol*. https://www.noticiascaracol.com/colombia/preocupacion-por-tasa-de-suicidios-en-amazonas-solo-hay-un-psiquiatra-en-ese-departamento-rg10

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_

