



# ESTUDIO DE SALUD MENTAL

EN BOGOTÁ D.C., 2023

*Informe ejecutivo*

1



**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
**SALUD**







# ESTUDIO DE SALUD MENTAL

EN BOGOTÁ D.C., 2023

*Informe ejecutivo*

1



**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
**SALUD**

**BOGOTÁ**



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

Diciembre de 2023

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

[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
[www.unodc.org/colombia](http://www.unodc.org/colombia)

ISBN: 978-958-5554-72-6

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





## Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Claudia López Hernández  
**Alcaldesa Mayor de Bogotá**

## Secretaría Distrital de Salud

Alejandro Gómez López  
**Secretario Distrital de Salud**

Manuel Alfredo González Mayorga  
**Subsecretario de Salud Pública**

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

Sol Yiber Beltrán  
**Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública**

Henry Alejo Alejo  
**Profesional especializado Área de Vigilancia en Salud Pública**

## Organismo cooperante

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

Candice Welsch  
**Representante Regional**

Olivier Inizan  
**Representante Regional Adjunto**

**Área de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas**

María Mercedes Dueñas  
**Coordinadora Regional**

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

Daniel Ballesteros Sánchez  
**Líder en Gestión del Conocimiento**













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

**Primer tomo:**

**Informe ejecutivo**



# Tabla de contenido

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



# 1.

## Presentación

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

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

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



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

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

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

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

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

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



# 2.

## Introducción

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

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



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

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

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

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

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

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





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

3. El tercero recoge las conclusiones y recomendaciones.

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

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

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

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



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

#### | Delimitación y alcance del estudio

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

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

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

# 3.

## Metodología



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

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

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

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

### | Marco muestral

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

### | Diseño muestral

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

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



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

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

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

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

**Tabla 1.** Tamaño de muestra final por localidad.

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

**Tabla 2.** Tamaño de muestra final por rangos de edad

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

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

Área	Encuestas
Urbana	14.403
Rural	748
<b>Total</b>	<b>15.151</b>

### | Herramientas metodológicas

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

#### ▸ Niños de 7 a 11 años

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

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

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

#### ▸ Adolescentes de 12 a 17 años

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

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



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

### ▸ Mayores de 18

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

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

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

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

### ▮ Criterios de los instrumentos de recolección de información

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

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





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

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

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

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

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

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

## **6. Alcance del instrumento según contexto de aplicación:**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

### | Distribución de la muestra

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

**Tabla 4.** Distribución de la muestra para el estudio.

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





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

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

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

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

#### Diseño metodológico de la investigación

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

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

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

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

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



## | Población objetivo

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

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

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



### ► Criterios de inclusión

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

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

### ► Criterios de exclusión

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

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

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

### | Aspectos éticos del estudio

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



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



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



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



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



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



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



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



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

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



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

## | Fase de alistamiento

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

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



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

### | Fase de recolección de información

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

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

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

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

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

### | Fase de análisis de la información

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

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

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





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

### Limitaciones y alcance de la investigación

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

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

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

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

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



## 4.1 Estado de la salud mental en Bogotá

### Señales de alerta temprana de las afectaciones por salud mental

#### Autopercepción de la salud mental:

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

#### Disfuncionalidad familiar:

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

### El estado de la salud mental de los habitantes de Bogotá

#### Signos y síntomas en niñas y niños

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

# 4.

## Principales resultados



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

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

### Diagnósticos en niños y niñas

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

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

### Trastornos en población joven, adulta y personas mayores

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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



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

#### ● **Ideación suicida:**

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

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

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

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

#### ● **Diagnóstico de psicosis y esquizofrenia:**

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

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

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

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

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

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

#### ● **Diagnóstico de demencias:**

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

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

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

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

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

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

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



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

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

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

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

#### Situación económica y laboral:

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

#### Situaciones de alta complejidad en pandemia:

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

#### Afectaciones de salud mental producidas por la pandemia:

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

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

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

#### Acceso a servicios de salud mental

##### Consulta por salud mental:

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



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

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

#### Acceso a servicios:

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

#### Calidad del servicio:

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

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

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

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



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

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

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

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

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

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

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





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

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

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

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

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

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

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

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

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



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



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

Para consultar los microdatos del estudio, escanee:



O ingrese al siguiente enlace: [bit.ly/BDDDESMBOG2023](https://bit.ly/BDDDESMBOG2023)

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

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



O ingrese al siguiente enlace: [bit.ly/RecursosESMBOG](https://bit.ly/RecursosESMBOG)

### Instrumentos:

Para consultar los instrumentos del estudio, escanee:



O ingrese al siguiente enlace: [bit.ly/InstrumentosESMBOG2023](https://bit.ly/InstrumentosESMBOG2023)

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





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

# 6.

## Referencias bibliográficas







**UNODC**

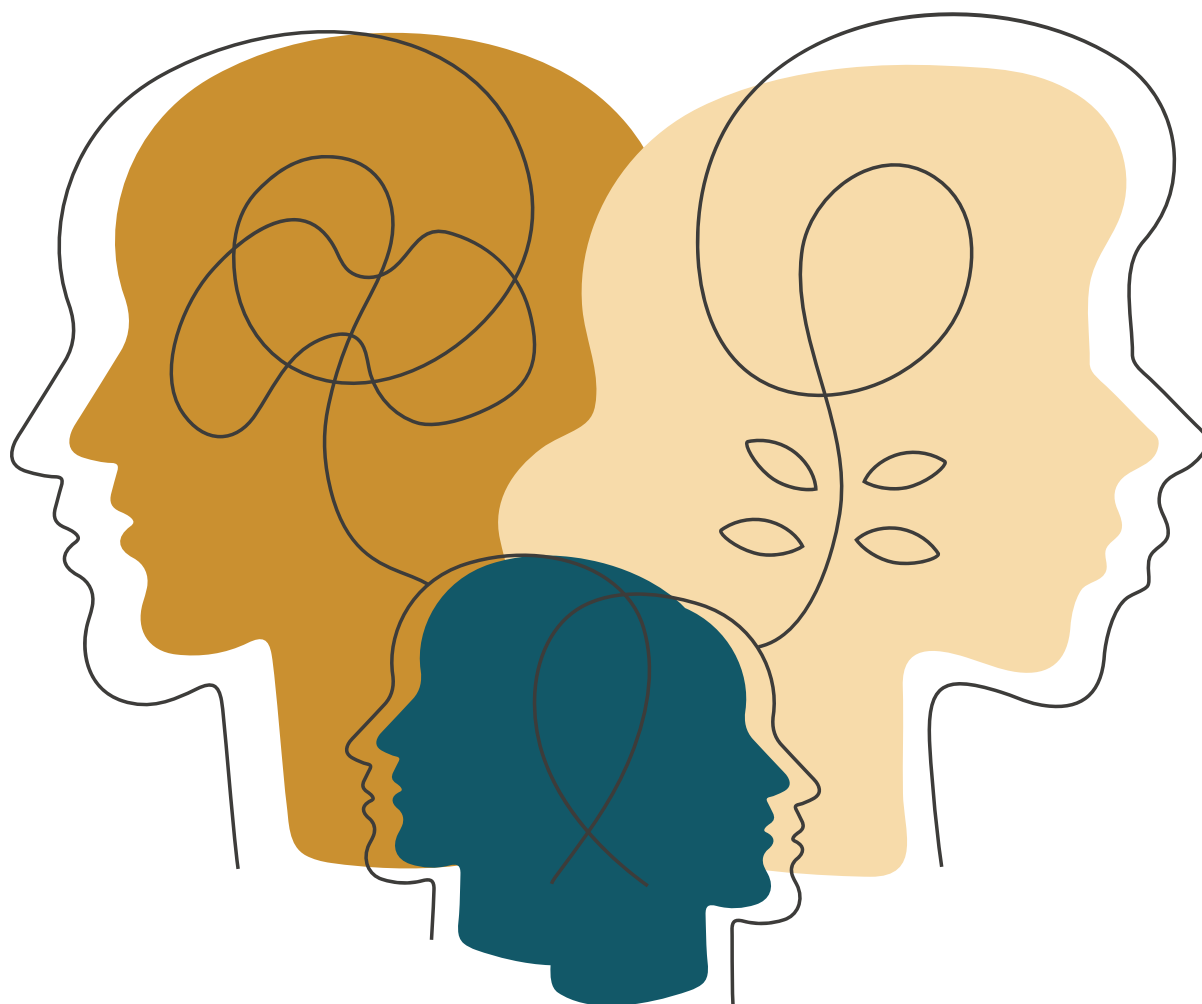
Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
**SALUD**





# ESTUDIO DE SALUD MENTAL

EN BOGOTÁ D.C., 2023

*El estado de la salud mental*

2



**UNODC**  
Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
SALUD

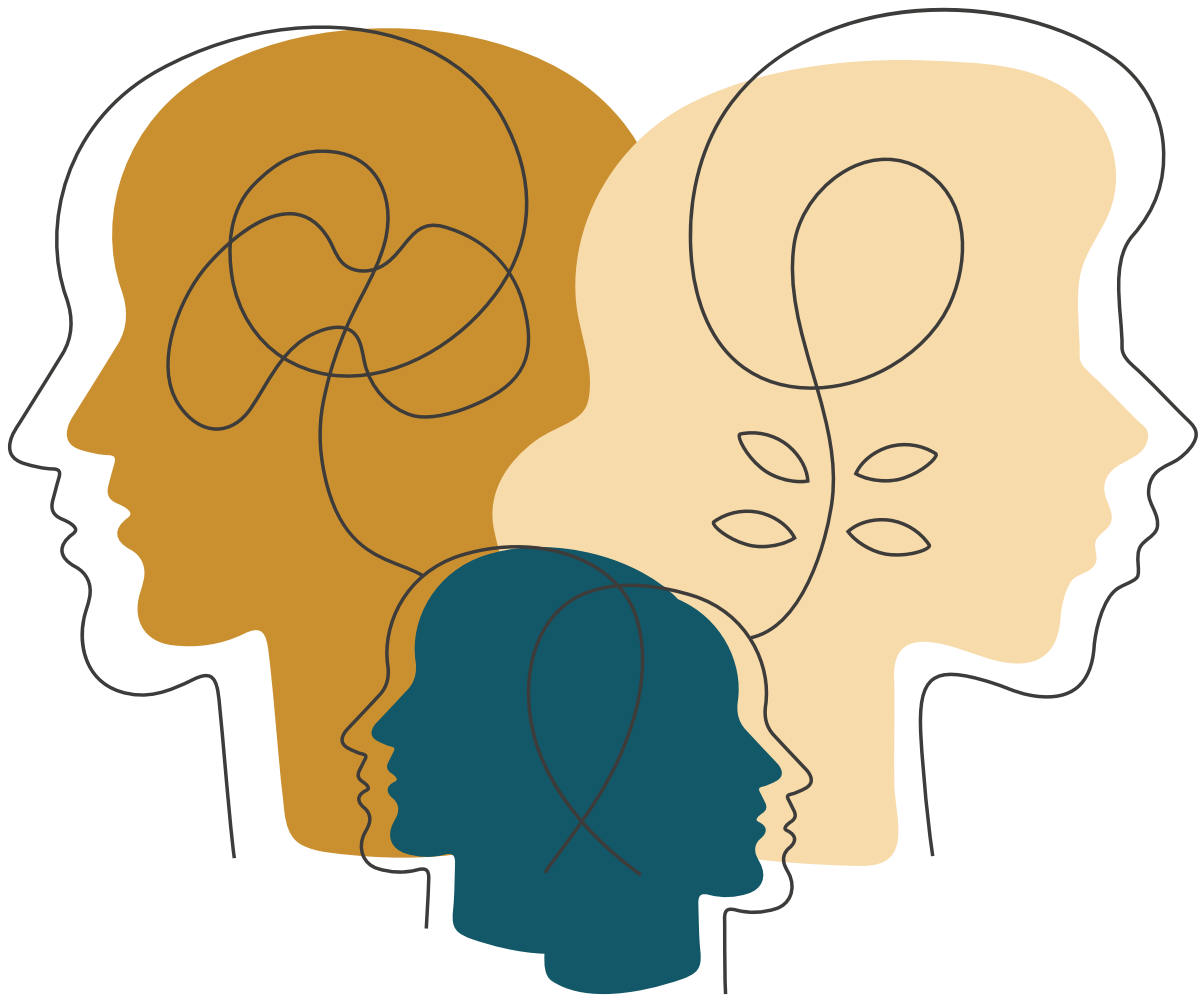












# ESTUDIO DE SALUD MENTAL

EN BOGOTÁ D.C., 2023

*El estado de la salud mental*

# 2



**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
**SALUD**

**BOGOTÁ**



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

Diciembre de 2023

ISBN: 978-958-5554-73-3

Editorial: Grafoscopio S.A.S.

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

[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)

[www.unodc.org/colombia](http://www.unodc.org/colombia)

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



## **Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.**

Claudia López Hernández  
**Alcaldesa Mayor de Bogotá**

## **Secretaría Distrital de Salud**

Alejandro Gómez López  
**Secretario Distrital de Salud**

Manuel Alfredo González Mayorga  
**Subsecretario de Salud Pública**

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

Sol Yiber Beltrán  
**Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública**

Henry Alejo Alejo  
**Profesional especializado Área de Vigilancia en Salud Pública**

## **Organismo cooperante**

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

Candice Welsch  
**Representante Regional**

Olivier Inizan  
**Representante Regional Adjunto**

### **Área de Prevención y Tratamiento del Consumo de Drogas**

María Mercedes Dueñas  
**Coordinadora Regional**

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

Daniel Ballesteros Sánchez  
**Líder en Gestión del Conocimiento**

## Coordinación técnica

### Equipo interinstitucional

Henry Alejo Alejo  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

Daniel Ballesteros Sánchez  
**UNODC**

### Diseño de la muestra

Nicolás Ramírez Vargas

### Trabajo de campo

René Lemoine - Director del proyecto  
Ana María García - Coordinadora de campo  
Natalia Arenas Losada - Coordinadora técnica  
Carlos Lerma - Editor de contenido  
**Centro Nacional de Consultoría**

### Expertos para validación del instrumento

Henry Alejo Alejo  
**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

Daniel Ballesteros Sánchez  
**UNODC**

Yamile Ortiz  
Natalia Arenas Losada  
**Centro Nacional de Consultoría**

### Equipo estadístico de campo

Carlos Lemoine  
Giovany Babativa-Márquez  
Paola Casasbuenas  
María Paula Torres  
William Cruz  
**Centro Nacional de Consultoría**



### **Análisis de la información**

Daniel Ballesteros Sánchez  
**UNODC**

Giovany Babativa-Márquez  
Paola Casasbuenas  
Natalia Arenas Losada  
María Paula Torres  
**Centro Nacional de Consultoría**

### **Preparación del informe**

María Mercedes Dueñas  
Daniel Ballesteros Sánchez  
**UNODC**

Giovany Babativa-Márquez  
Paola Casasbuenas  
Natalia Arenas Losada  
María Paula Torres  
**Centro Nacional de Consultoría**

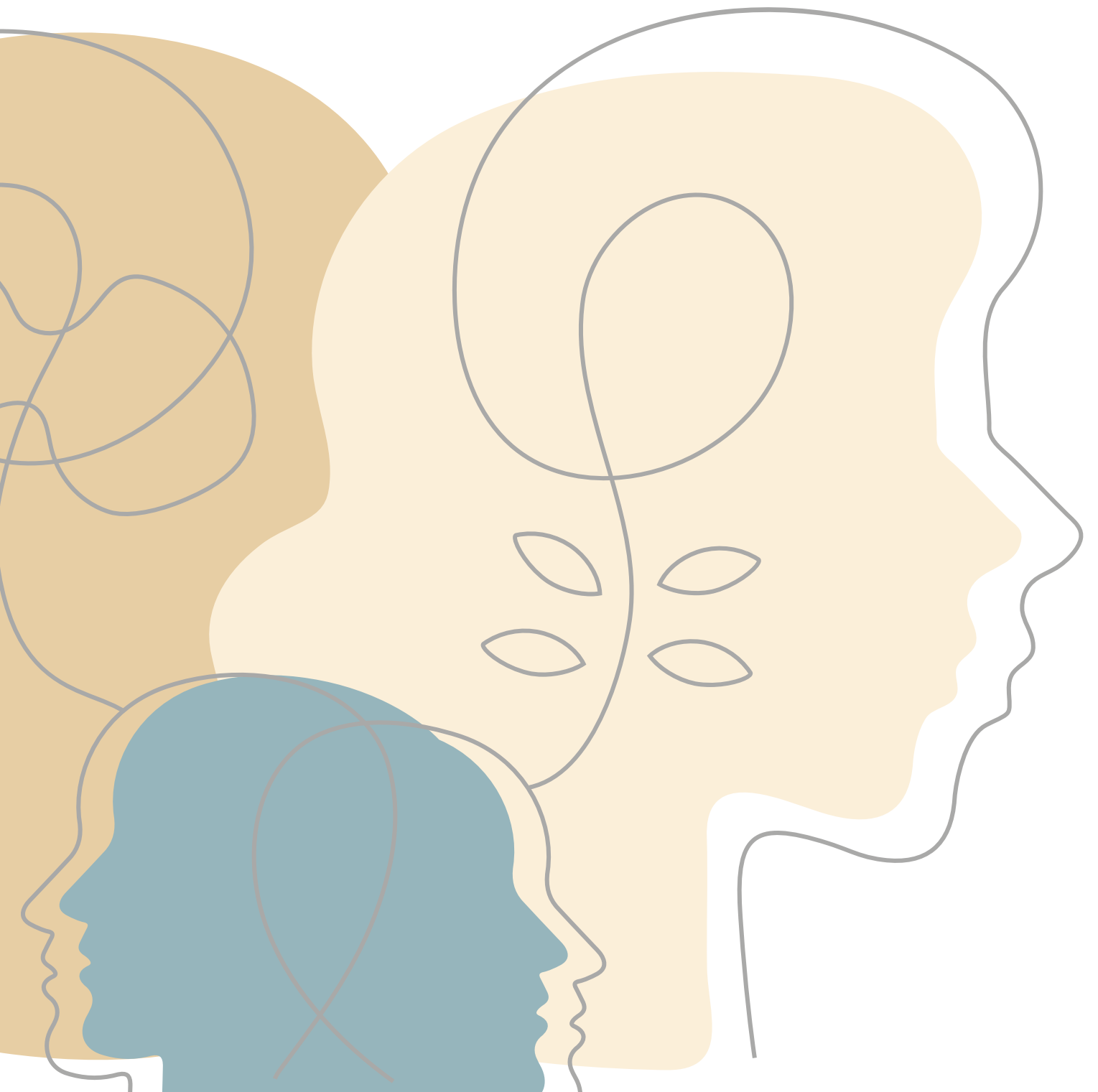
### **Edición del informe final**

Henry Alejo Alejo  
Nicolás Ramírez Vargas  
**Secretaría Distrital de Salud**

María Mercedes Dueñas  
Daniel Ballesteros Sánchez  
Manuel Steven Alvarado Castro  
Laura Jimena Patiño Bonza  
**UNODC**

Natalia Arenas Losada  
Carlos Lerma  
Paola Casasbuenas  
María Paula Torres  
**Centro Nacional de Consultoría**



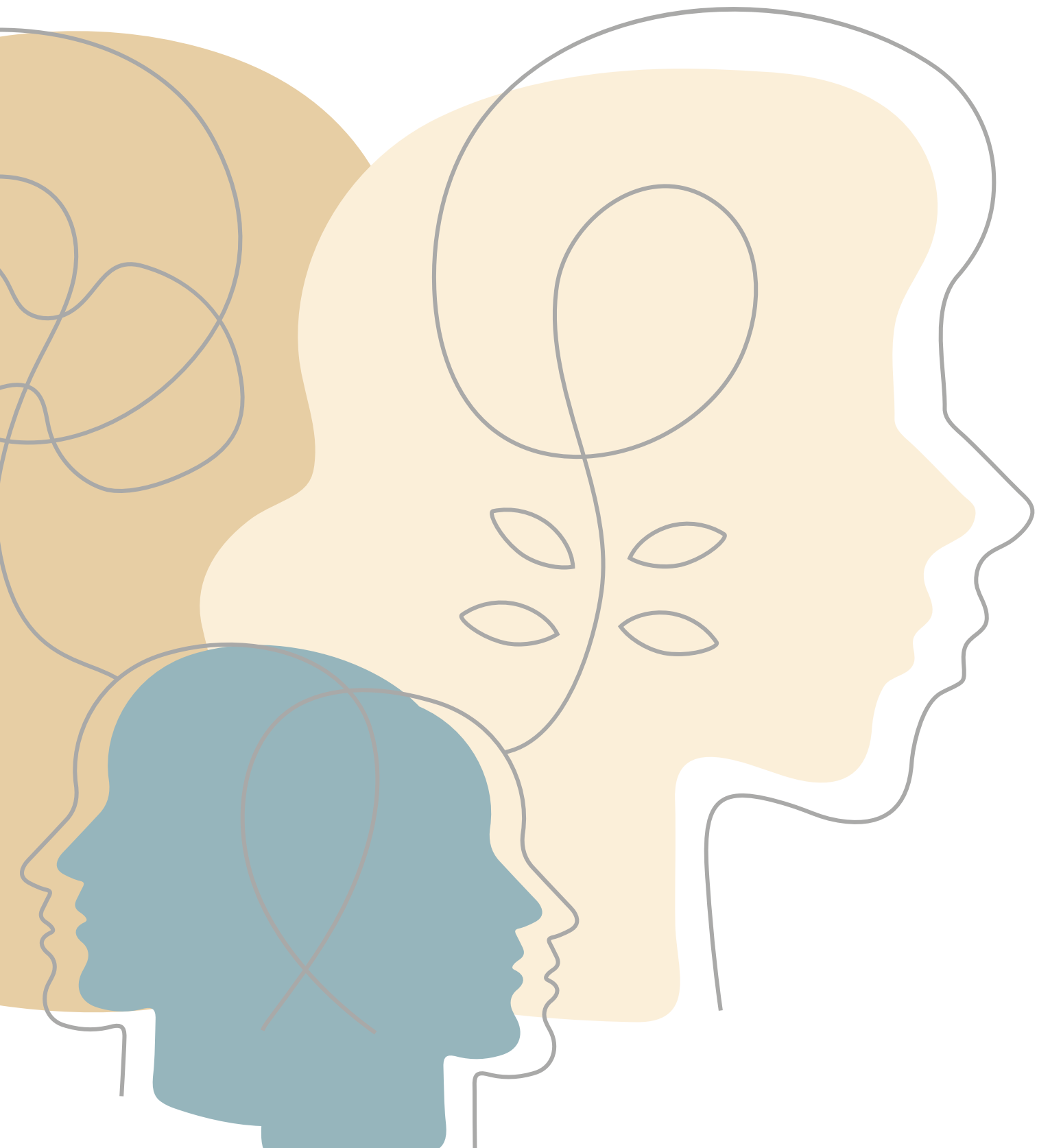


# ESTUDIO DE SALUD MENTAL EN BOGOTÁ D.C., 2023















**Segundo tomo:**

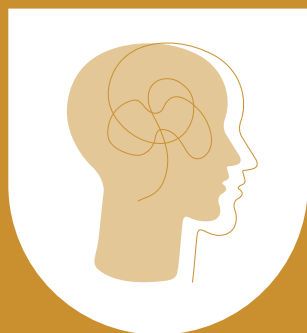
El estado de la salud mental





## Tabla de contenido

 <b>Resumen ejecutivo</b> .....	<b>14</b>
 <b>Introducción</b> .....	<b>27</b>
 Parte 1 – Antecedentes, marco político, normativo y conceptual.....	29
 Parte 2 – Sobre el desarrollo del estudio .....	41
 Parte 3 – Resultados.....	54
 <b>Capítulo 1.</b> Señales de alerta de las afectaciones por salud mental.....	65
 <b>Capítulo 2.</b> El estado de la salud mental de los habitantes de Bogotá .....	106
 <b>Capítulo 3.</b> Salud mental y COVID-19 .....	208
 <b>Capítulo 4.</b> Acceso a servicios de salud mental .....	234
 <b>Capítulo 5.</b> Los colectivos más vulnerables.....	261
 <b>Conclusiones y recomendaciones</b> .....	<b>273</b>
 <b>Referencias bibliográficas</b> .....	<b>281</b>
 <b>Anexos</b> .....	<b>287</b>
 <b>Enlaces a versión digital del estudio completo, los microdatos e instrumentos</b> ....	<b>296</b>



# Resumen ejecutivo

El *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023* se llevó a cabo por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur, y con el apoyo técnico y operativo del Centro Nacional de Consultoría (CNC).

El estudio tiene como propósito brindar información sobre el estado de la salud mental en la ciudad capital, dar a conocer sus características principales y establecer la percepción social de la atención en salud. Así mismo, contiene información relevante sobre los principales trastornos mentales y del comportamiento que se presentan en los habitantes de Bogotá, desagregados en relación con el sexo, la orientación sexual y de género, la edad, el nivel socioeconómico, entre otras variables.

El contenido se presenta en tres tomos. El primero es el **Informe ejecutivo** que contiene los principales resultados, tanto cualitativos como cuantitativos. El segundo corresponde al **Estado de la salud mental**, que contiene la información epidemiológica obtenida de 15.151 encuestas hogar, desagregada para

cada una de las 20 localidades y con alcance urbano/rural; esta información abarca el estado de la salud mental, trastornos mentales y del comportamiento, atención en salud, indicadores relacionados con el impacto de la pandemia de la COVID-19, junto a otros recursos como mapas, tablas y gráficos de interés para el distrito y la ciudadanía. Finalmente, el tercer tomo se titula **Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental**, y contiene la información cualitativa aportada por 369 personas a través de 81 grupos focales y entrevistas; estas/os participantes pertenecen a grupos de referencia que se considera tuvieron una alta vulnerabilidad frente a los impactos de la pandemia, especialmente en el periodo de mayor criticidad.

A continuación, se presentan los principales resultados del estudio:



## 1. Señales de alerta temprana de las afectaciones por salud mental



### Autopercepción de la salud mental:

- ▶ El 40.35 % de las personas (más de 2.941.000 ciudadanos) perciben que el **estado de su salud es muy bueno**. Esta percepción la tiene el 47.23 % de los **hombres** y el 34.2 % de las **mujeres**.
- ▶ El 44.87 % de las personas **habitantes de área rural** perciben que su **estado de salud es muy bueno**; seguido del 42.8 % en **estratos 4, 5 y 6**; el 40.95 % en **estrato 3**; el 45.95 % en **estrato 2**; y el 35.39 % en **estrato 1**.
- ▶ En las localidades de **Suba** (47.16 %), **Sumapaz** (46.69 %) y **Usaquén** (42.11 %) se registran los porcentajes más altos de las **personas que perciben que su estado de salud es muy bueno**.



### Disfuncionalidad familiar:

- ▶ La población **adolescente reportó disfuncionalidad severa** a nivel familiar: el 10.51 % de los **hombres** y el 8.22 % de las **mujeres**.
- ▶ La población de **personas mayores** reporta **disfunción severa a nivel familiar**: el 9.37 % de las **mujeres**, así como el 8.55 % de los **hombres**.

## 2. El estado de la salud mental de los habitantes de Bogotá



### Signos y síntomas en niñas y niños:

- ▶ Los problemas más frecuentes en las niñas y niños son: **problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse** (34.38 %); **jugar poco con otros(as) niños(as)** (32.91 %); y **asustarse o ponerse nervioso/a sin razón** (31.21 %).
- ▶ El principal problema en las **niñas y niños del estrato 1** radica en **aprender matemáticas** (34.46 %); en el **estrato 2**

predominan los **problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse** (37.19 %); en el **estrato 3** se destaca el haber sido **víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico, por parte de compañeros(as) del colegio** (33.6 %); en los **estratos 4, 5 y 6** sobresalen los **problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse** (57.01 %), y para las **personas habitantes de área rural**, lo más frecuente es **encontrar niñas y niños que están comiendo muy poco, han bajado de peso y/o cuyo crecimiento se ha estancado** (86.67 %).



### Diagnósticos en niñas y niños:

#### Diagnóstico de trastorno del desarrollo intelectual:

- ▶ El 2.53 % de las niñas y niños han sido diagnosticados alguna vez en la vida con **trastorno del desarrollo intelectual o retardo mental**; el 4.79 % son **niños** y el 0.44 % **niñas**.

#### Diagnóstico de trastornos del desarrollo del aprendizaje (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas):

- ▶ El 3.23 % de las niñas y niños han sido diagnosticados alguna vez con **trastorno del desarrollo del aprendizaje** (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas), lo cual se reportó para el 5.86 % de los niños y el 0.77 % de las niñas.

#### Trastorno por hiperactividad con déficit de atención (TDAH):

- ▶ El 8.68 % de las niñas y niños han sido diagnosticados alguna vez en su vida con **trastorno por hiperactividad con déficit de atención**. El 11.63 % son **niños** y el 5.93 % son **niñas**.



## Trastornos en jóvenes, adultos y personas mayores

### Diagnóstico y riesgo de trastorno depresivo:

- ▶ El 10.92 % de la población ha sido diagnosticada alguna vez en su vida con **depresión** (más de 796.000 personas); el 8.76 % son **hombres** y el 12.82 % **mujeres**. El 17.16 % de las personas tiene un probable **trastorno depresivo**, es decir, el 13.85 % de los **hombres** y el 19.95 % de las **mujeres**.
- ▶ Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con **depresión**: el 2.31 % de los **jóvenes**, el 10.79 % de los **adultos** y el 9.59 % de las **personas mayores**. Tienen un posible **trastorno depresivo o están en riesgo depresivo**: el 18.1 % de los **jóvenes**, el 16.44 % de los **adultos** y el 18.1 % de las **personas mayores**.
- ▶ Han sido diagnosticadas con **depresión** alguna vez en su vida el 8.64 % de las personas en **estrato 1**; el 10.27 % de las personas en **estrato 2**; el 12.06 % de las personas en **estrato 3**; el 14.32 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 4.1 % de las personas **habitantes de área rural**. Por otra parte, están en **riesgo o tienen un posible trastorno depresivo**: el 21.69 % de las personas en **estrato 1**; el 18.87 % de las personas en **estrato 2**; el 13.9 % de las personas en **estrato 3**; el 12.46 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**; y el 7.88 % de las personas **habitantes de área rural**.
- ▶ En las localidades de **Teusaquillo** (17.31 %), **Usaquén** (17.19 %) y **Antonio Nariño** (15.15 %) se registran las mayores prevalencias de vida del diagnóstico con **depresión**. Las localidades donde se registran los más altos porcentajes de **personas en riesgo o con trastornos depresivos** son **Santa Fe** (22.88 %), **Ciudad Bolívar** (21.33 %) y **La Candelaria** (21.08 %).

### Diagnóstico y riesgo de ansiedad generalizada:

- ▶ El 9.75 % de las personas ha tenido alguna vez en su vida un diagnóstico de **ansiedad** (más de 710.000 personas): el 7.8 % de los **hombres** y el 11.49 % de las **mujeres**. El 21.78 % de las personas están en riesgo de tener un **trastorno de ansiedad generalizada**, el 16.01 % son **hombres** y el 27.03 % son **mujeres**.
- ▶ Han tenido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad: el 12.79 % de los **jóvenes**, el 9.5 % de los **adultos** y el 6.8% de las **personas mayores**. A su vez, tienen un posible **trastorno de ansiedad generalizada**: el 23.57 % de los **jóvenes**, el 21.24 % de los **adultos** y el 21.19 % de las **personas mayores**.
- ▶ Han recibido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad: el 9.22 % de las personas en **estrato 1**; el 9.28 % de las personas en **estrato 2**; el 10.6 % de las personas en **estrato 3**; el 9.96 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 1.51 % de las personas **en zona rural**. A su vez, tienen un posible **trastorno de ansiedad generalizada**: el 26.48 % de las personas en **estrato 1**; el 22.63 % de las personas en **estrato 2**; el 19.85 % de las personas en **estrato 3**; el 16.72 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 8.81 % de las personas **habitantes de área rural**.
- ▶ Las localidades de **Teusaquillo** (15.35 %), **Antonio Nariño** (15.1 %) y **Tunjuelito** (13.75 %), presentan las mayores prevalencias de vida en el **diagnóstico de ansiedad**. Las localidades en donde se registran los más altos porcentajes de **personas en riesgo o con trastorno de ansiedad generalizada** son **Santa Fe** (29.12 %), **Ciudad Bolívar** (26.58 %) y **Kennedy** (25.88 %).



### Diagnóstico y riesgo de trastorno bipolar:

- ▶ El 1.67 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un **trastorno bipolar** (más de 121.000 personas), el 1.86 % de los **hombres** y el 1.41 % de las **mujeres** tienen este riesgo o trastorno. El 5.65 % de las personas tienen una **indicación positiva para trastorno bipolar**, el 6.13 % de los **hombres** y el 5.19 % de las **mujeres**.
- ▶ Han recibido el diagnóstico de **trastorno bipolar** alguna vez en su vida: el 2.29 % de los **jóvenes**; el 1.71 % de los **adultos**, y el 0.79 % de las **personas mayores**. Y tienen **riesgo o indicio de trastorno bipolar**: el 6.39 % de los **jóvenes**; el 6.29 % de los **adultos**, y el 2.93 % de las **personas mayores**.
- ▶ Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un **trastorno bipolar**: el 2.06 % de las personas en **estrato 1**; el 1.82 % de las personas en **estrato 2**; el 1.11 % de las personas en **estrato 3**; el 2.77 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 1.07 % de las personas en **zona rural**. Y están en **riesgo o tienen un indicio de trastorno bipolar**: el 9.16 % de las personas en **estrato 1**; el 4,9 % de las personas en **estrato 2**; el 5.57 % de las personas en **estrato 3**; el 5.78 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 2.56 % de las personas **habitantes de área rural**.
- ▶ En las localidades de **Usme** (83.46 %), **Tunjuelito** (81.88 %) y **Los Mártires** (79.32 %) están las prevalencias de vida más altas del **diagnóstico de trastorno bipolar**.
- ▶ La prevalencia de vida del diagnóstico de **trastorno bipolar** es de 1.67 % en zona **urbana** y de 0.88 % en zona **rural**. Se presentan los porcentajes más altos de personas con **indicación de trastorno bipolar** en las localidades de **Chapinero** (8.65 %), **Santa Fe** (8 %) y **Ciudad Bolívar** (7.93 %).

### Ideación suicida:

- ▶ El 19.02 % de las personas presentan **ideas suicidas** (más de 1.386.000 personas); el 17.22 % son **hombres** y el 20.6 % son **mujeres**.
- ▶ El 28.87 % de los **adolescentes** presentan **ideas suicidas**, al igual que el 27.08 % de los **jóvenes**, el 17.22 % de los **adultos** y el 9.75 % de las **personas mayores**.
- ▶ Presentan **ideas suicidas**: el 15.74 % de las personas en **estrato 1**; el 18.73 % de las personas en **estrato 2**; el 20.58 % de las personas en **estrato 3**; el 19.44 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 3.84 % de las personas **habitantes de área rural**.
- ▶ En las localidades de **Antonio Nariño** (30.48 %) y **Barrios Unidos** (28.54 %) se observan las tasas más altas de **personas con ideas suicidas**.

### Diagnóstico de psicosis:

- ▶ El 0.89 % de las personas (más de 64.000 ciudadanos) han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con **psicosis o esquizofrenia**. El 1.45 % de los **hombres** y el 0.34 % de las **mujeres** tienen este diagnóstico.
- ▶ Han sido diagnosticados con **psicosis o esquizofrenia** alguna vez en la vida: el 0.52 % de los **adolescentes**, el 0.62 % de los **jóvenes**, el 1.1 % de los **adultos** y el 0.81 % de las **personas mayores**.
- ▶ Se presenta **ideación suicida** en: el 1.1 % de las personas en **estrato 1**, el 0.81 % en **estrato 2**, el 0.89 % en **estrato 3** y el 1.22 % en **estratos 4, 5 y 6**.
- ▶ Las localidades con las mayores prevalencias de vida en el diagnóstico de **psicosis** son **Rafael Uribe Uribe** con 3.85 % y **Puente Aranda** con 1.58 %.





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

#### Diagnóstico de demencias:

- ▶ El 0.52 % de las personas alguna vez en su vida han sido diagnosticadas con **deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer** (más de 37.000 ciudadanos), de los cuales el 0.48 % son **hombres** y el 0.51 % son **mujeres**.
- ▶ El 0.04 % de los **jóvenes**, el 0.61 % de los **adultos** y el 0.85 % de las **personas mayores** están diagnosticadas con **deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer**.
- ▶ Tienen este diagnóstico el 1.14 % de las personas en **estrato 1**, el 0.5 % de las personas en **estrato 2**, el 0.43 % de las personas en **estrato 3** y el 0.06 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**.
- ▶ Las prevalencias de vida más altas en el diagnóstico del **deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer** se registran en las localidades de **Los Mártires** (2.24 %) y **Usaquén** (1.48 %).

#### Diagnóstico y riesgo de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y trastorno dual:

- ▶ El 0.66 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un **trastorno por consumo de sustancias psicoactivas** (más de 48.000 personas), que corresponde al 1.24 % de los hombres y el 0.09 % de las mujeres. El 1.26 % de las personas presenta **consumo perjudicial de bebidas alcohólicas** (más de 91.000 ciudadanos), el 1.92 % son **hombres** y el 0.44 % **mujeres**.
- ▶ Han tenido el diagnóstico de **trastorno por consumo de sustancias psicoactivas**: el 0.71 % de los **jóvenes**, el 0.83 % de los **adultos** y el 0.42 % de las personas

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

- ▶ Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un **trastorno por consumo de sustancias psicoactivas**: el 1.16 % de las personas en **estrato 1**; el 0.59 % de las personas en **estrato 2**; el 0.46 % de las personas en **estrato 3**; el 1.37 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 0.42 % de las personas **habitantes de área rural**. El mayor índice de **consumo perjudicial de bebidas alcohólicas** se encuentra en las personas **habitantes de área rural** (3.98 %); le sigue el **estrato 1** con 1.9 %; el **estrato 2** con 1.72 %; el **estrato 3** con 0.58 %, y los **estratos 4, 5 y 6** con 0.31 %.
- ▶ Las mayores tasas de prevalencia de vida del diagnóstico de **trastorno por consumo de sustancias psicoactivas** se registran en **Barrios Unidos** (1.49 %) y **Antonio Nariño** (1.11 %). Las localidades con el mayor índice de **consumo perjudicial de alcohol** son: **Usaquén** con 4.28 %, **Chapinero** con 3.54 % y **Santa Fe** con 2.6 %.
- ▶ El 8.69 % de las personas que tienen **algún diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento** tienen **consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas**. De estos, el 27.79 % tiene un **probable trastorno de estrés postraumático**; el 14.95 % está diagnosticado con **ansiedad**; el 13.07 % está diagnosticado con **depresión**; el 2.59 % tiene un **trastorno bipolar**; el 0.84 % tiene un **trastorno de demencia**; el 0.94 % tiene un **trastorno de epilepsia**, y el 1.41 % tiene un **diagnóstico de psicosis**.
- ▶ El 37.03 % de las personas que tienen **algún diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento** tienen **diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias**



**psicoactivas.** De estas personas, el 78.33 % tiene un probable trastorno de **estrés postraumático**; el 50.74 % está diagnosticado con **ansiedad**; el 40.58 % está diagnosticado con **depresión**; el 34.32 % tiene un **trastorno bipolar**; el 12.96 % tiene un **trastorno de demencia**; el 14.12 % tiene un **trastorno de epilepsia**, y el 28.18 % tiene un **diagnóstico de psicosis**.

### 3. Efectos en la salud mental de los habitantes de Bogotá expuestos a la COVID-19



#### Situación económica y laboral:

- ▶ Durante la **pandemia**, el 35.2 % de las personas (más de 2.500.000 ciudadanos) **perdieron su trabajo**, el 33.84 % son **hombres** y el 36.19 % **mujeres**.
- ▶ En las localidades de **Santa Fe** (47.16 %), **Tunjuelito** (43.61 %) y **Los Mártires** (42.39 %) están los porcentajes más altos de las personas que **perdieron su trabajo durante la pandemia**.



#### Situaciones de alta complejidad en pandemia:

Las dos **situaciones más frecuentes** por las que atravesaron las personas durante la **pandemia** fueron:

- Que un **miembro de su familia** se contagiara con **COVID-19** (61.46 %)
- Problemas o **dificultades económicas graves** (51.96 %)



#### Afectaciones de salud mental producidas por la pandemia:

- ▶ El 14.99 % de las personas consideran que **la pandemia de COVID-19 afectó su salud mental “bastante, mucho o demasiado”**,

el 16.3 % de las personas piensan que **las afectó “medianamente”**, y el 68.71 % de las personas piensan que **las afectó “poco, muy poco o nada”**.

- ▶ El 37.6 % de las personas consideran que hoy en día **se han recuperado “poco, muy poco o nada” de sus afectaciones por la COVID-19** (más de 2.700.000 personas), mientras que el 11.34 % dice que **se ha recuperado “medianamente”**, y el 51.06 % manifiesta que **se han podido recuperar bastante, mucho o demasiado”**.

#### Vacunación contra la SARS-Cov-2:

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

### 4. Acceso a servicios de salud mental



#### Consulta por salud mental:

- ▶ El 13.66 % de las personas (más de 995.000 ciudadanos) **afirmaron que alguna vez en la vida han consultado por un tema de salud mental**, el 12.47 % son **hombres** y el 14.68 % son **mujeres**.
- ▶ Entre las y los que han consultado por un tema de salud mental: el 14.84 % son **adolescentes**; el 19.08 % **jóvenes**; el 12.99 % **adultos**, y el 8.48 % son **personas mayores**.
- ▶ Entre quienes **alguna vez en la vida han consultado por un tema de salud mental** están: el 8.85 % de las personas en **estrato 1**; el 11.95 % en **estrato 2**; el 15.92 % de las personas en **estratos 4, 5 y 6**, y el 3.01% de las personas **habitantes de área rural**.
- ▶ Las localidades de **Teusaquillo** (25.26 %), **Antonio Nariño** (20.99 %) y **Barrios Unidos** (20.94 %) tienen las tasas más altas de



personas que han consultado alguna vez en la vida por un tema de salud mental.

- ▶ El 13.68 % de las personas en zona urbana y el 7.52 % en zona rural han consultado alguna vez por temas de salud mental.



#### Acceso a servicios:

- ▶ El 16.74 % de las personas manifiestan que les han negado la admisión a ciertos servicios de salud y desconocen la razón (más de 1.220.000 personas).
- ▶ Ciudad Bolívar (33.52 %), Rafael Uribe Uribe (32.83 %) y Sumapaz (27.55 %) son las localidades donde más personas afirman que les han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no entienden por qué.
- ▶ Las principales dificultades para acceder a la atención en salud mental son: espera prolongada para la asignación de la cita (65.35 %) y demora excesiva por parte de la EPS para emitir la autorización (26.97 %).



#### Calidad del servicio:

- ▶ Frente a la calidad de la atención en salud mental, el 64.08 % de las personas consideran que el tiempo de la consulta fue “adecuado o suficiente”, el 58.19 % de las personas califican el servicio como “bueno o muy bueno”, el 23.72 % como “regular” y el 18.09 % como “malo o muy malo”.
- ▶ Las localidades donde se calificó el servicio recibido como “muy bueno o bueno” con mayor frecuencia son: Chapinero (88.18 %), Usme (70.88 %) y Engativá (69.98 %).

## 5. Colectivos más vulnerables



### Mujeres:

- ▶ El nivel de satisfacción de las mujeres con su salud es del 53.18 %, mientras que el de los hombres, específicamente el de aquellos que se sienten “bien y muy bien”, alcanza el 71.53 %. La diferencia entre ambos es de 18.35 %, lo cual es estadísticamente significativo. Así mismo, son menos los hombres que se sienten “nada y poco” satisfechos con su salud, alcanzando el 8.81 %, mientras que en las mujeres esta cifra se eleva hasta el 14.93 %, con una diferencia del 6.12 %.
- ▶ Esta tendencia se mantiene en la auto-percepción “buena y muy buena” de estado de ánimo (hombres 69.39 %, y mujeres el 53.69 %); tareas domésticas (hombres 72.5 %, y mujeres 60.21 %); trabajo o estudio (hombres 69.63 %, y mujeres 62.14 %); relaciones interpersonales (hombres 76.86 %, y mujeres 70.49 %); relaciones familiares (hombres 83.3 %, y mujeres 77.72 %); actividades de descanso o diversión (hombres 69.55 %, y mujeres 53.83 %); capacidad para desempeñarse en la vida diaria (hombres 81.56 %, y mujeres 74.44 %); situación económica (hombres 43.99 %, y mujeres 35.09 %); bienestar general (hombres 71.18 %, y mujeres 61.49 %), y nivel de satisfacción con la vida en la última semana (hombres 74.25 %, y mujeres 61.77 %).



### Diversidades sexuales, de género y de identidad:

- ▶ El 13.57 % de las personas **cisgénero** han consultado alguna vez en la vida por un tema de **salud mental**, 12.14 % menos que las **personas diversas** (25.71 %). Así mismo, a las **personas diversas** se les ha **negado la admisión a ciertos servicios de salud sin entender por qué** (76.24 %) más que a las personas **cisgénero** (33.46 %); y son más las **personas diversas** que se han sentido discriminadas en un servicio de salud (51.88 %), en comparación con las personas **cisgénero** (5.05 %).



### Personas que se reconocen como étnicas:

- ▶ El 7.80 % de los **indígenas** se sienten “**nada o poco**” **felices**, por encima del 7.32 % de las **personas que se reconocen sin diversidad étnica o cultural**. Este reconocimiento de nula o poca felicidad es también superior al de las **personas del pueblo gitano o romaní** (3.65 %), los **raizales** (0.90 %) y los **afrodescendientes** (6.67 %). Por otra parte, las personas **afrodescendientes** fueron el grupo étnico que más indicó que **se siente “feliz o muy feliz”** (12.18 %). Sin embargo, la diferencia con las **personas que no se identifican como parte de un grupo étnico** no es significativa estadísticamente (12.89 %).

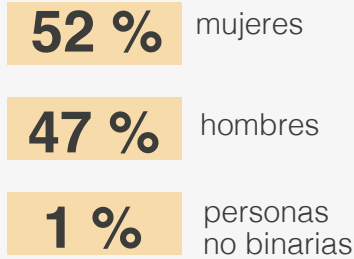


# Estudio de salud mental en Bogotá D.C., 2023



**Muestra**  
**15.151**  
personas

de 7 a 96 años, de todos los estratos socioeconómicos, que representan a **7.290.341** habitantes de Bogotá.



## Tendencias en la percepción del estado anímico

**12.3 %**

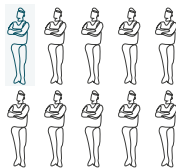
Casi **900 mil personas** se sienten nada o poco satisfechas con su estado de ánimo.



Las **mujeres** tienen los menores niveles de satisfacción con su estado de ánimo.

**Chapinero (20 %)**  
**y Usme (19 %)**

son las localidades con más **baja satisfacción** en el estado anímico.



**1 de cada 10** personas valora de forma **negativa** su estado de ánimo.



Los **estratos 1 y 2** tienen las mayores **valoraciones negativas** en su estado de ánimo.



Los **adultos mayores** son el grupo con **menor satisfacción** en su estado de ánimo.



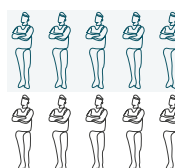
## Tendencias del estado de la salud mental

**12.4 %**

Más de **905 mil personas** consideran que el estado de su salud mental es **muy mala, mala o regular**.

**Chapinero (17 %)**  
**y Santa Fe (18 %)**

son las localidades donde **más personas** consideran que el estado de su salud mental es **muy malo, malo o regular**.



**5 de cada 10** personas consideran que su salud mental es **muy buena o excelente**.



### Tendencias en la percepción del “muy buen estado de la salud mental” según:

Estratos socioeconómicos			Edad	Zona	
1-2	3	4, 5 y 6	12 - 17 años: 50 %	Rural	Urbana
40 %	41 %	43 %	15 - 25 años: 45 %	39 %	40 %
			29 - 59 años: 39 %		
			60 o más años: 31 %		

#### Trastornos diagnosticados de salud mental y del comportamiento

Los siguientes datos corresponden a personas que respondieron afirmativamente a la siguiente pregunta:

**¿Ha sido usted diagnosticado con un trastorno de salud mental por un profesional de la salud?**

#### Trastorno por consumo de sustancias psicoactivas

**0.66 %**

de los habitantes de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **48.116** personas. La mayoría son hombres (1.24 %).

**Depresión**  
**10.9 %**



de los habitantes de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **794.648** personas. La mayoría son mujeres (12.8 %).

**Ansiedad generalizada**  
**9.75 %**

de los habitantes de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **710.808** personas. La mayoría son mujeres (11.4 %).

**Epilepsia**  
**6.39 %**



de los habitantes de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **465.853** personas. No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

**Psicosis**  
**0.89 %**



de los habitantes de Bogotá tienen indicios de este trastorno, lo que equivale a **64.884** personas. La mayoría son mujeres (1.45 %).

**Trastorno bipolar**  
**1.67 %**



de los habitantes de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **121.749** personas. La mayoría son hombres (1.86 %).

**Demencias**  
**0.52 %**

de los habitantes de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **37.910** personas. No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.

#### Riesgo de trastornos de salud mental y del comportamiento

Los siguientes datos corresponden a indicadores de riesgos en salud mental, asociados a enfermedades y trastornos mentales y del comportamiento. No son diagnósticos.

#### Trastorno de estrés postraumático

**23.6 %**



de los habitantes de Bogotá tienen riesgo de trastorno de estrés postraumático, derivado de la vivencia de experiencias traumáticas o angustiantes, lo que equivale a **1.720.519** personas. No hay diferencias significativas entre hombres y mujeres.



### Riesgo de ansiedad generalizada **21.7 %**

de los habitantes de Bogotá tienen riesgo de trastorno de ansiedad generalizada, lo que equivale a **1.582.003** personas. Mujeres (27 %) y hombres (14%)

### Riesgo de depresión **17.1 %**

de los habitantes de Bogotá tienen riesgo de trastorno depresivo, lo que equivale a **1.251.022** personas. Mujeres (20 %) y hombres (14 %).

### Trastorno bipolar **5.65 %**



de los habitantes de Bogotá tienen riesgo de trastorno bipolar, lo que equivale a **411.904** personas. Hombres (6 %) y mujeres (5 %).

## Comportamientos suicidas: tendencias de ideación, planeación e intento

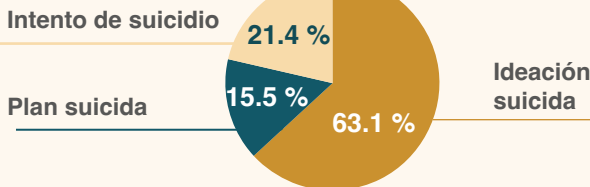
# 19 %

de los habitantes de Bogotá han pensado, planeado o intentado suicidarse al menos una vez en la vida.



Las mujeres presentan mayores niveles de ideación, plan suicida e intento de suicidio.

De estos:



El 17 % lo pensó al menos dos veces en el último año, el 6.83 % lo pensó tres veces, y el 5.73 %, cinco veces o más.

Localidades con más intentos de suicidios:

**Antonio Nariño 7.15 %**  
**Usaquén 6.03 %**



Las personas mayores (60 o más años) son el grupo de mayor riesgo para ideación, planeación e intento de suicidio.

## Signos, síntomas y trastornos en niñas y niños (7 a 12 años)

### Trastorno de hiperactividad con déficit de atención (TDAH) **8.68 %**

de las niñas y niños de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **41.449** personas. Niños (11.6 %) y niñas (sin registro).

### Trastorno del desarrollo del aprendizaje **3.23 %**



de las niñas y niños de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **15.424** personas. Niños (5.86 %) y niñas (0.77 %).

### Trastorno del desarrollo intelectual **2.53 %**

de las niñas y niños de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **12.081** personas. Niños (4.79 %) y niñas (0.44 %).



## Autismo

**0.08 %**



de las niñas y niños de Bogotá han sido diagnosticados alguna vez en su vida, lo que equivale a **382** personas. Niños (0.16 %) y niñas (sin registro).

**Problemas mentales, comportamentales o cognitivos frecuentes identificados por padres, madres o cuidadores en niñas y niños a su cargo:**

**34 %**

de niñas y niños con problemas para fijar, mantener la atención o concentrarse.

**33 %**

de niñas y niños que juegan poco con otras/os niñas y niños.

**31 %**

de niñas y niños que se asustan o se ponen nerviosas/os sin razón.

## Acceso a servicios de salud mental



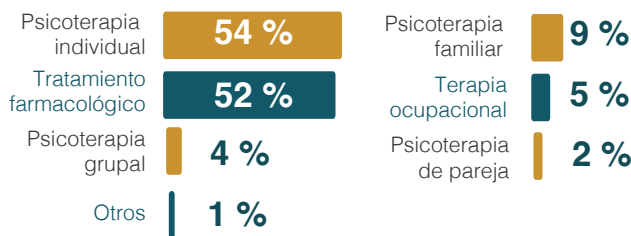
**13.5 %,**

más de **980 mil personas**, han consultado por un tema de salud mental alguna vez en la vida.

Número de atenciones recibidas	Porcentaje de personas
1 o 2 veces	31 %
3 a 5 veces	13 %
6 veces o más	11 %

## Tratamientos recibidos

### Tipos de tratamiento



**Más de 548 mil personas** recibieron tratamiento farmacológico.

### Percepción sobre el tratamiento recibido

**51 %**

reportan no haber sido consultados sobre el tipo de tratamiento.



**83 %**

aseguran que se adapta a sus necesidades.



**53 %**

aseguran que están regularmente monitoreados.



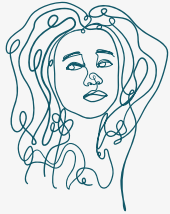
**60 %**

aseguran que ha sido fácil obtener su cita de consulta.





## Funcionalidad familiar



**9.2 %**

de los niños, niñas y adolescentes consideran que sus familias presentan disfuncionalidad severa.



**9 %**

de las personas mayores que conviven con sus familias consideran que estas presentan disfuncionalidad severa.

## COVID-19 y salud mental

### Fallecimientos

**30.2 %**

Más de 2 millones de personas reportaron el fallecimiento de al menos una persona cercana.



**16 %**

Más de 1 millón de personas reconocen que la **pandemia de la COVID-19 afectó bastante, mucho o demasiado su salud mental.**

**38 %**

Más de 440 mil personas no se han recuperado de estas afectaciones o lo han hecho muy poco o poco.

**42 %**

tuvieron **familiares o personas cercanas** gravemente enfermas por COVID-19.



**35 %**

**perdieron su empleo** durante la pandemia.



**52 %**

tuvieron **dificultades económicas** durante la pandemia.

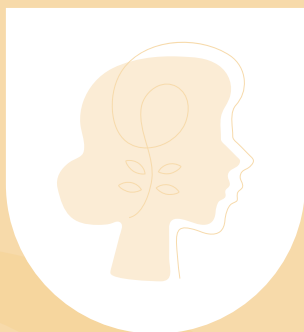


**6 %**

**no se vacunaron** contra la COVID-19.







# Introducción

En cumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024, *Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI*, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá ha desarrollado el *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023*, en coordinación con la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur. El segundo tomo, correspondiente al componente cuantitativo, contó con el apoyo técnico y estadístico del Centro Nacional de Consultoría (CNC).

El estudio tiene por objetivo aportar información al Distrito y a la ciudadanía sobre el estado de la salud mental de grupos poblacionales específicos, como resultado de la aplicación de instrumentos de alta sensibilidad, validados y sencillos, que tienen en cuenta variables demográficas básicas (localidades, población urbana/rural, etc.) y la agrupación de síntomas. Así mismo, la investigación permite medir los factores que están agudizando las problemáticas de salud mental en la población de Bogotá y su impacto; y profundiza en los datos indispensables para generar información útil, válida y confiable sobre los principales problemas de salud mental, los trastornos mentales y del comportamiento, y su distribución demográfica y geográfica en la ciudad.

Con esta información se busca dirigir y focalizar los planes, estrategias, programas, proyectos y acciones encaminadas a orientar la gestión del riesgo individual y colectivo, para hacer frente a las problemáticas más agudas relacionadas con la salud mental y para promover el bienestar y la calidad de vida de los habitantes de la capital.

El contenido se presenta en tres tomos. El primero es el **Informe ejecutivo**, que contiene los principales resultados, tanto cualitativos como cuantitativos. El segundo corresponde al **Estado de la salud mental** y expone la información epidemiológica obtenida de 15.151 encuestas hogar, desagregada para cada una de las 20 localidades, con alcance urbano y rural; esta información abarca el estado de la salud mental, trastornos mentales y del comportamiento, atención en salud, indicadores relacionados con el impacto de la pandemia del COVID-19, junto a otros recursos como mapas, tablas y gráficos de interés para el Distrito y la ciudadanía. Finalmente, el tercer tomo aborda los **Efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental** y contiene la información cualitativa aportada por 369 personas a través de 81 grupos focales y entrevistas; las personas que participaron pertenecen a grupos de referencia que tuvieron





una alta vulnerabilidad frente a los impactos de la pandemia, especialmente en el periodo de mayor criticidad.

Este segundo tomo del estudio, **Estado de la salud mental**, contiene tres apartados y cinco capítulos que exponen los principales hallazgos en términos de indicadores estadísticos, relacionados con cada uno de los trastornos, así como su relación con variables sociodemográficas, distribución geográfica, prevalencias, incidencias, entre otras.

**Parte 1:** presenta los antecedentes, el marco político y normativo internacional y nacional, y el marco conceptual de la salud mental.

**Parte 2:** expone los objetivos y la metodología utilizada, así como la muestra del estudio. Se titula “Sobre el desarrollo del estudio: significados, procedimientos y alcances”.

**Parte 3:** contiene los resultados del estudio, presentados en capítulos, así:

- ▶ **Caracterización:** contiene los resultados de la muestra poblacional del estudio y la desagregación por hogar y personas, nivel de escolaridad, actividad principal, estrato socioeconómico y pertenencia étnica.
- ▶ Capítulo 1: **Señales de alerta de las afectaciones por salud mental.** Contiene los resultados obtenidos de los instrumentos de tamizaje que se aplicaron a niñas, niños, adolescentes, familias y personas mayores.
- ▶ Capítulo 2: **El estado en la salud mental de los habitantes de Bogotá.** Aborda los resultados de indicadores de salud mental y cada uno de los trastornos mentales y del comportamiento.
- ▶ Capítulo 3: **Efectos en la salud mental de los habitantes de Bogotá expuestos a la COVID-19.** Presenta información cualitativa sobre la relación entre la pandemia y la salud mental.
- ▶ Capítulo 4: **Acceso a los servicios de salud mental.** Muestra los resultados en materia de prestación de servicios a personas que acuden a atención en salud mental, o son remitidas a estos servicios.
- ▶ Capítulo 5: **Los colectivos más vulnerables.** Profundiza sobre la salud mental de poblaciones específicas: mujeres; población de identidad sexual o de género diversa, y población que se reconoce como étnica.

El *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023* fue diseñado por la Secretaría Distrital de Salud y la Organización Panamericana de la Salud, y sometido a los comités de ética de ambas instituciones. La dirección técnica de la fase operativa del estudio se efectuó de manera conjunta entre la Secretaría Distrital de Salud y UNODC, a través de un comité interinstitucional conformado para tal efecto. Además, se constituyó una alianza estratégica de carácter técnico y operativo con el Centro Nacional de Consultoría para la realización del trabajo de campo.

Es importante resaltar que el estudio no realiza diagnósticos sobre problemas y trastornos de salud mental y del comportamiento en la población de la ciudad, y lo que se detalla como “diagnóstico de trastornos” corresponde a la información referida por participantes, sin contrastación con historias clínicas. Sin embargo, lo aquí presentado permite obtener indicios o presunciones sobre el estado de su salud mental, así como los problemas y los trastornos que presentan según las variables demográficas básicas, con alcance para cada una de las 20 localidades y por agrupación de síntomas. Esta información permite brindar recomendaciones para el desarrollo de acciones de promoción de la salud mental y de prevención, intervención y mitigación de problemáticas crónicas asociadas.



# Parte 1

## Antecedentes, marco político, normativo y conceptual

### 1. Antecedentes

#### 1.1. Encuesta Nacional de Salud Mental

La Encuesta Nacional de Salud Mental (ENMS) más reciente fue desarrollada en 2015 por el Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) con el apoyo de Colciencias (18); es el cuarto estudio de salud mental a nivel país, antecedido por los estudios efectuados en 1993, 1997 y 2003 (18). La ENSM-2015 es un estudio observacional de corte transversal, con representatividad nacional y regional, a partir de una muestra de tipo probabilístico que incluyó a 15.351 personas residentes en áreas urbanas y rurales del país (18). Los datos obtenidos se refieren a la población entre 7 y 96 años.

Los principales hallazgos registrados en el estudio se resumen así:

- ▶ De acuerdo con el RQC (Reporting Questionnaire for Children), los síntomas que más frecuentemente se presentaron en la población infantil entre 7 y 11 años fueron: lenguaje anormal (19.6 %); asustarse o ponerse nervioso/a sin razón (12.4 %), y dolores frecuentes de cabeza (9.7 %).
- ▶ En el grupo de adolescentes, el 53 % reportó uno o más síntomas de ansiedad, mientras que todos/as presentaron al menos un síntoma de depresión.
- ▶ Un dato de especial relevancia en adolescentes fue la prevalencia de ideación suicida: el 6.2 % de adolescentes reportaron haber “tenido la idea de acabar con su vida”, siendo mayor la prevalencia entre las mujeres (7.4 % vs. 4.9 % en los hombres).
- ▶ En cifras globales, entre las personas de 18 a 44 años, 52.9 % reportó uno o más síntomas de ansiedad, mientras que todas presentaron al menos un síntoma de depresión.
- ▶ En la población adulta de 45 años en adelante, el 54.8 % reportó uno o más síntomas de ansiedad, mientras que todas presentaron al menos un síntoma de depresión. Una proporción mayoritaria reportó uno a tres síntomas (71.9 %), y el 28.1 % reportó cuatro o más.

En lo que concierne a la población adolescente y



adulta, los resultados globales de la ENSM 2015 indicaron que el principal problema de salud mental era el abuso del alcohol, seguido por los efectos psicológicos de “la exposición a eventos traumáticos, la exposición a diferentes formas de violencia, la depresión, los trastornos de ansiedad y los rasgos de personalidad límite”.

## 1.2. Estudio tamiz de salud mental 2017 (19)

En el marco del convenio de cooperación técnica 1470/2015, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) realizaron el Estudio Tamiz de Salud Mental en Bogotá – 2017 (19). Se trató de una encuesta probabilística, de tipo transversal, dirigida a hogares particulares del distrito capital, con representatividad estadística a nivel de las zonas que cubren las subredes hospitalarias y del total urbano de la ciudad. El universo del estudio estuvo conformado por la población civil entre los 7 y 69 años, residente en las 19 localidades urbanas del distrito capital, que en 2015 ascendía a 6.664.393 habitantes.

El protocolo de recolección de información comprendió dos herramientas principales de tamizaje: el Cuestionario de Autoreporte de Síntomas (SRQ) para adultos y el Cuestionario de Reporte de Síntomas para niños y adolescentes (RQC). Adicionalmente, se usó el APGAR familiar en sus versiones para adultos y jóvenes. (19)

Los principales hallazgos del estudio se resumen así:

- ▶ De los síntomas más frecuentes en la población adulta, cuatro corresponden a posibles trastornos de **ansiedad**: dolores de cabeza frecuentes; sentirse nervioso/a, tenso/a o aburrido/a; asustarse con facilidad, y tener mala digestión. Otros tres síntomas corresponden a posibles trastornos de **depresión**: sentirse triste; estar cansado todo el tiempo, y tener sensaciones desagradables en el estómago. Además, dos síntomas pueden ser indicativos de **ansiedad y depresión**: dormir mal y cansarse con facilidad. La prevalencia de todos estos síntomas fue notoriamente mayor en las **mujeres**.
- ▶ Los trastornos de **abuso y/o dependencia de alcohol** se ubicaron en tercer lugar entre los problemas de salud mental, con tasas notablemente más altas en los hombres adultos jóvenes (18-28 años), de estratos socioeconómicos 3 y 4.
- ▶ Los síntomas indicativos de posibles **trastornos psicóticos** ocuparon el cuarto lugar entre los problemas de salud mental en la población adulta.
- ▶ El quinto lugar entre los problemas estudiados correspondió a los **trastornos convulsivos/epilepsia**.
- ▶ Un resultado inquietante fue la prevalencia de **ideación suicida** en la población adulta de la capital del país. En cifras brutas, cerca de 230.000 personas habían querido o contemplado la posibilidad de ponerle fin a sus vidas; alrededor de 85.000 eran adultos jóvenes entre 18 y 28 años.
- ▶ En cifras globales, los síntomas que presentaron las más altas prevalencias en la población de 18 a 28 años de edad también fueron los síntomas prevalentes entre adultos de 29 a 59 años. El panorama difería notoriamente en el segmento de población mayor de 60 años, donde aumentaban las prevalencias de la mayoría de los síntomas y el número de síntomas con alta prevalencia.
- ▶ La mayoría de los síntomas estudiados presentaron menores prevalencias en los estratos 5 y 6 que en los demás estratos socioeconómicos.



- ▶ Las puntuaciones en el APGAR indicaron que alrededor de una tercera parte de la población en Bogotá presentaba algún grado de disfunción familiar.

Con este estudio concluyó transitoriamente un ciclo de incógnitas en aspectos cruciales de la salud mental en el distrito capital, confirmando algunos indicios y presunciones procedentes de reportes preliminares. También se aportó un nuevo y ampliado conjunto de indicadores sobre problemas mentales y conductuales prevalentes, según variables sociodemográficas.

## 2. Marco político y normativo en salud mental

### 2.1. Marco internacional de políticas en salud mental

Los Estados miembros de la Organización Mundial de la Salud (OMS) adoptaron el Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013–2020 (20), en virtud del cual se comprometieron a alcanzar las metas mundiales relativas a una mejora de la salud mental. Estas metas se centraban en el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza en salud mental; la atención integral y completa de salud mental en la comunidad; la promoción y la prevención; los sistemas de información, y la investigación.

En 2019, la 72.<sup>a</sup> Asamblea Mundial de la Salud ratificó los objetivos enunciados en el Plan de acción mundial de la OMS para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles (20). En esta asamblea se amplió el periodo de ejecución del plan hasta 2030, como una contribución al logro del punto 3.4 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible: “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento, y promover la salud mental y el bienestar”, y como una contribución

a otros objetivos y metas relacionados con las enfermedades no transmisibles, en línea con la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. (20)

### 2.2. Marco normativo nacional y distrital

El fundamento común de las acciones institucionales en salud mental a nivel nacional y en el distrito capital es la **Constitución Política de Colombia** (1991) (22), la cual establece en su artículo 48 la seguridad social como un derecho irrenunciable y un servicio público de carácter obligatorio, que se prestará bajo la dirección, la coordinación y el control del Estado, en sujeción a los principios de eficiencia, universalidad y solidaridad (22). A su vez, el artículo 49 garantiza el acceso a los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud, y establece las responsabilidades del Estado y las competencias de la Nación y de las entidades territoriales en la reglamentación, vigilancia y control de la prestación de servicios de salud. Así mismo, define como un deber el **autocuidado** de la salud, por parte de individuos y comunidades (22).

Un referente normativo de aplicación general en el sistema de salud en Colombia y, por consiguiente, en todo lo relativo a la salud mental es la **Ley 1438 de 2011 (23)**, la cual reformó el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS). Esta ley define los principios, la estructura y el funcionamiento de dicho sistema, las normas administrativas y de control, al igual que las responsabilidades de los diversos actores. Entre sus disposiciones, la ley ordenó al Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) la elaboración del Plan Decenal de Salud Pública, a través de un proceso amplio de participación social, y en el marco de la estrategia de **atención primaria en salud**; en esta estrategia debían confluir las políticas sectoriales, para mejorar la salud de la población.



En desarrollo de lo dispuesto en la Ley 1438 de 2011, el MSPS expidió la Resolución 1841 de 2013, por la cual se adoptó el **Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021** (24), que constituye la política sectorial, transectorial y comunitaria de salud pública vigente en Colombia. Una de las dimensiones prioritarias del PDSP 2012-2021 es la de “Convivencia social y salud mental”, definida como un espacio de construcción, participación y acción transectorial y comunitario, que busca contribuir al bienestar y desarrollo humano en todas las etapas de la vida, con equidad y enfoque diferencial, en los escenarios cotidianos. Lo anterior, mediante la promoción de la salud mental y la convivencia, la transformación de problemas y trastornos prevalentes en salud mental y la intervención sobre las diferentes formas de violencia.

Trascendiendo el nivel de generalidad que conlleva el PDSP anterior y el que está en preparación, un referente central del objeto de este documento es la **Ley 1616 de 2013** o **Ley de Salud Mental** (26). Esta tiene como objeto garantizar el ejercicio del derecho a la salud mental, priorizando a niñas, niños y adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental; así como la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del SGSSS, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida, la estrategia y los principios de la atención primaria en salud. También, se establecen los criterios para la reformulación, la implementación y la evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapa del ciclo vital.

Un desarrollo normativo subsecuente de las leyes citadas anteriormente es la Resolución 429 de 2016 (27), por la cual se adopta la **Política de Atención Integral en Salud - PAIS**. La política cuenta con un marco estratégico y operacional que corresponde

al **Modelo Integral de Atención en Salud – MIAS**; este comprende el conjunto de procesos de priorización, intervención y arreglos institucionales, que direccionan de manera coordinada las acciones de cada uno de los integrantes del sistema, con una visión centrada en las personas.

Un componente fundamental del MIAS (27) es la regulación de **Rutas Integrales de Atención en Salud – RIAS**, cuyo objetivo es regular las condiciones necesarias para asegurar la integralidad en la atención en salud por parte de los diferentes integrantes del SGSSS, a efectos de contribuir al mejoramiento de los resultados en salud y reducir la carga de enfermedad.

En el ámbito local, la Secretaría Distrital de Salud inició en 2016 el proceso de adopción y adaptación del **Modelo de Atención Integral en Salud (MIAS)** para Bogotá, teniendo como marco estratégico: la atención primaria en salud (APS); el modelo especial para las áreas rurales; el cuidado y autocuidado; el enfoque de salud familiar y comunitaria, y la gestión integral del riesgo en salud (28).

Con referencia a la Ruta Integral de Atención en Salud (RIAS) (27), el tramo específico de trastornos mentales contempla las actividades de: consulta para valoración por psiquiatría; consulta para valoración inicial por psicología; consulta de control o seguimiento por psiquiatría; consulta de control o seguimiento por psicología; psicoterapia individual por psicología; psicoterapia familiar por psicología; consulta de trabajo social; consulta de terapia ocupacional; consulta de nutrición; consulta de químico farmacéutico; consulta de fonoaudiología; sesión de terapia ocupacional, y sesión de psicoeducación por psicología, educación, información y apoyo a personas que sufren de un problema o trastorno psicológico, con el fin de desarrollar y fortalecer sus capacidades para afrontar su situación.





## Política Distrital de Salud Mental 2015-2025 (29)

El punto de partida para la formulación de la actual política de salud mental en el distrito capital fue la política formulada en el año 2005 por parte de la Secretaría Distrital de Salud (29), en la cual se definieron objetivos, componentes y estrategias de implementación, orientadas hacia el desarrollo de acciones de carácter sectorial, transectorial y comunitario. Ese documento inicial orientó las acciones en torno a la salud mental durante algunos años, e integró las acciones que se desarrollaron a nivel local y distrital en la materia.

### La finalidad de la política de salud mental en Bogotá es:

Aportar al mejoramiento de la calidad de vida de los habitantes del distrito capital favoreciendo la salud mental de la población, entendida como un estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el cual no solo se reconocen los factores biológicos, sino además los procesos de interacción que se dan entre las condiciones de vida sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas (29).

## 3. Marco conceptual de la salud mental

### 3.1. Definición de salud mental

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar que permite a las personas descubrir y aprovechar sus habilidades, manejar el estrés cotidiano, desempeñarse de manera productiva y beneficiosa, y hacer contribuciones valiosas a sus familias y comunidades. El concepto de salud mental incluye bienestar subjetivo, autonomía, competencia, dependencia intergeneracional y reconocimiento de la habilidad para realizarse intelectual y emocionalmente. Como materia de política pública, la salud mental se refiere a la posibilidad de acrecentar la competencia de

los individuos y comunidades para lograr su realización autónoma (1).

En el contexto nacional, la Ley 1616 del 2013 define la salud mental como:

Un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana, a través del comportamiento y la interacción, de manera tal que permite a los sujetos individuales y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales. Esto, para transitar por la vida cotidiana, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad (2).

En el marco local, la Política Distrital de Salud Mental 2015-2025, que tiene la finalidad de aportar al mejoramiento de la calidad de vida de la población del distrito capital, define la salud mental como:

Un estado de bienestar físico, psicológico y social de las personas, en el cual no solo se reconocen los factores biológicos, sino además los procesos de interacción que se dan entre las condiciones de vida sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas (3).

En conjunto, las anteriores definiciones resaltan la dimensión positiva de la salud mental, concebida de manera holística en interacción dinámica con el medio. Esta visión humanística, sustentada en el conocimiento científico y soportada en una filosofía política consensuada internacionalmente, desde una perspectiva de derechos humanos, contrasta con la tendencia social e institucional que prevalece en algunas culturas, al definir y ubicar a la salud mental en una dimensión única de presencia o ausencia de enfermedad (3).



### 3.2. Problemas y trastornos en la salud mental

El estado de bienestar, funcionalidad y autoafirmación que caracteriza una condición de salud mental plena se puede ver afectado de diversas maneras, por distintos factores y con variada intensidad y duración. Las alteraciones, perturbaciones o afectaciones en la salud mental pueden ir desde un malestar intenso de corta duración, o un malestar menos intenso pero persistente, hasta un malestar que por su intensidad y persistencia afecta progresivamente el desempeño, la interacción, el nivel de actividad, la fisiología y la salud física de una persona. Lo anterior puede llegar a ocasionar distintos grados de discapacidad (4).

Según los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud (CIE-11) (5) de la OMS, la cual presenta en su capítulo VI la descripción de los trastornos mentales y del comportamiento: un **problema de salud mental** afecta la forma como una persona se siente, piensa, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no necesariamente son suficientes para considerarlo un trastorno mental.

Los problemas mentales comunes son menos severos y persistentes en el tiempo en comparación con los trastornos: ocasionan síntomas como ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito u otros sentimientos y conductas que pueden generar malestar y diversos inconvenientes; los cuales no provocan un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad cotidiana. Sin embargo, con frecuencia son objeto de atención clínica, ya que pueden derivar en trastornos mentales (4).

Para ilustrar este amplio espectro de posibles afectaciones en la salud mental, se pueden tomar dos definiciones contenidas en la Ley 1616 de 2013 (o Ley de Salud Mental en Colombia). En primer lugar, define un **problema psicosocial** como:

Un acontecimiento vital negativo, una dificultad o deficiencia ambiental, una situación de estrés familiar o interpersonal, una insuficiencia en el apoyo social o los recursos personales, u otro problema relacionado con el contexto en que se han desarrollado alteraciones experimentadas por una persona (2).

A su vez, se entiende **trastorno mental** como:

Una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del desenvolvimiento considerado como normal, con respecto al grupo social de referencia del cual proviene el individuo. Esta alteración se manifiesta en trastornos del razonamiento, del comportamiento, de la facultad de reconocer la realidad y de adaptarse a las condiciones de la vida (2).

El diagnóstico de trastorno mental depende de la manera como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones, sentimientos, comportamientos e interacciones o reacciones. Estas son consideradas como señales o signos, llamados “síntomas”, atendiendo a aspectos tales como la duración, la intensidad, la pluralidad de manifestaciones y la afectación en la funcionalidad de la persona, que se refiere a su desempeño en el estudio, trabajo, u otras actividades cotidianas, y a sus relaciones con otras personas.



### 3.3. Comprensión de los trastornos mentales y conductuales

La CIE de la OMS define los trastornos mentales y del comportamiento como un conjunto de afecciones de importancia clínica, caracterizadas por alteraciones de los procesos de pensamiento, afectividad (emociones) o del comportamiento, asociadas a angustia, alteraciones del funcionamiento o ambos. Para clasificarse como trastornos, estas anomalías deben ser duraderas o recurrentes, causando angustia persistente o perturbaciones del funcionamiento

en una o más facetas (5). Un episodio, o un breve periodo de alteración conductual, anímica o afectiva, no necesariamente son signos de un trastorno mental si se presenta de forma aislada. Las personas pueden estar angustiadas debido a circunstancias especiales, pero “si no se satisfacen todos los criterios fundamentales para un trastorno en concreto, esa angustia no es un trastorno mental” (5).

Algunos de los trastornos mentales y conductuales más comunes se mencionan en la infografía de la página 34.

#### Determinantes sociales de la salud mental

Los determinantes sociales de la salud son las circunstancias en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen; incluido el sistema de salud. Esas circunstancias son el resultado de la distribución del dinero, el poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local, que depende a su vez de las políticas adoptadas (Organización Mundial de la Salud) (12).

Los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) (14) abordan explícitamente estos determinantes sociales. El progreso hacia su consecución tiene el potencial de promover la salud mental, reduciendo la carga mundial de los trastornos mentales y las desigualdades en la distribución de estos en la población.



## OBJETIVOS DE DESARROLLO SOSTENIBLE







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

## Conceptos clave

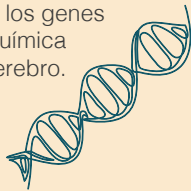
### Salud mental

Estado de equilibrio social y conductual de una persona con su entorno sociocultural, que garantiza su participación social, capacidad de afrontar dificultades, percepción y juicio de la realidad y de sí mismo, para alcanzar el bienestar y una buena calidad de vida (OMS).



## ¿Qué puede afectar la salud mental?

**Factores biológicos,**  
como los genes o la química del cerebro.



**Experiencias vitales,**  
como los traumas o los abusos.



**Antecedentes familiares**  
de problemas de salud mental.



**Estilo de vida,**  
como la dieta, la actividad física y el consumo de sustancias psicoactivas.



## Trastornos mentales y del comportamiento

Alteraciones clínicamente significativas de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo. Por lo general, van asociados a la angustia o la discapacidad funcional en otras áreas importantes (OMS).



### Diagnóstico del trastorno mental o de comportamiento

Análisis de afecciones mentales realizados por profesionales en psiquiatría, psicología, asistencia social clínica u otro profesional de la salud mental.

### Riesgo o indicios de trastornos mentales o del comportamiento



Posible alteración de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, obtenido a través de un instrumento validado y sensible que indica riesgo y que, bajo ninguna circunstancia, debe tomarse por un diagnóstico.

## Guías de consulta

Las dos principales guías de consulta de los trastornos mentales son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), siendo la más actual su 11ª versión (CIE-11) y editado por la Organización Mundial de la Salud (OMS), y el Manual de Diagnóstico de los Trastornos Mentales (DSM), editado por la Asociación Estadounidense de Psiquiatría (APA), siendo el más actual su versión 5 (DSM-V).



## Trastornos mentales y del comportamiento más frecuentes

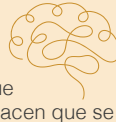
### Depresión

Trastorno del estado anímico, en el cual los sentimientos de tristeza, pérdida, ira o frustración interfieren con la vida diaria, durante un período de dos semanas o más.



### Psicosis

Conjunto de síntomas que afectan la mente y que hacen que se pierda cierto contacto con la realidad. Durante un episodio de psicosis, se alteran los pensamientos y las percepciones, y la persona puede tener dificultad para reconocer lo que es y lo que no es real.



### Trastorno bipolar

Afección mental en la cual se tienen cambios marcados o extremos en el estado de ánimo. Los períodos de sentirse triste y deprimido pueden alternar con períodos de actividad intensa o irritabilidad.



### Epilepsia

Trastorno en el que se interrumpe la actividad de las células nerviosas en el cerebro, lo que provoca convulsiones.



### Ansiedad

Preocupación persistente y excesiva por una actividad o evento, incluso en asuntos comunes de la rutina.



### Demencias

Término que engloba varias enfermedades que afectan a la memoria, el pensamiento y la capacidad para realizar actividades cotidianas.

### Trastorno de estrés postraumático

Afección de salud mental que algunas personas desarrollan tras experimentar o ver algún evento traumático.



### Trastorno del desarrollo del aprendizaje

Dificultad en una o más áreas del aprendizaje (escritura, lectura o matemáticas), aun cuando la motivación o inteligencia en general no están afectadas.

### Trastorno del espectro autista (TEA)

Discapacidades del desarrollo causadas por diferencias en el cerebro. Las personas con TEA tienen con frecuencia problemas con la comunicación y la interacción social, y conductas o intereses restrictivos o repetitivos.

### Trastorno por uso de sustancias psicoactivas

Uso problemático de una sustancia, como alcohol, drogas o medicamentos recetados. El individuo consume intensamente, a pesar de las consecuencias dañinas. Esto afecta su capacidad de funcionar día a día. A los trastornos más graves se les llama adicciones.



### Trastorno de desarrollo intelectual

Afección del neurodesarrollo, caracterizada por deficiencias en el funcionamiento intelectual general y en las conductas adaptativas.





# Conducta suicida

La conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental, y no representa un diagnóstico en sí mismo. En consecuencia, se debe revisar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que, en conjunto, hagan parte de su diagnóstico.



Fuente: Encuesta Nacional de Salud Mental, Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, 2015.

Se puede presentar, en algunos casos, como una secuencia de eventos denominado proceso suicida, que inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos, con un aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta la muerte por suicidio.



## Ideación suicida

Conjunto de pensamientos que expresan un deseo o intencionalidad de morir, u otras vivencias psicológicas suicidas, tal como la fantasía o prefiguración de la propia muerte. Se refiere al paso anterior a la actuación y puede que no se manifieste o que se haga a través de amenazas, verbales o escritas.

## Plan suicida

Además del deseo de morir, implica la elaboración de un plan para realizar el acto suicida, identificando métodos, lugares, momentos, la consecución de insumos para hacerlo; elaborar notas o mensajes de despedida. Implica un alto riesgo de pasar al intento.

## Intento suicida

Conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte. Dicha conducta puede provocar o no lesiones, independientemente de la letalidad del método.

## Suicidio

Muerte derivada de la utilización de cualquier método (envenenamiento, ahorcamiento, herida por un arma de fuego o cortopunzante, lanzamiento al vacío, a un vehículo o cualquier otra forma), con evidencia implícita o explícita de que fue autoinfligida y con la intención de provocar el propio fallecimiento. Es un problema de salud pública, por su frecuencia cada vez mayor, por la pérdida de muchos años de vida que pudieron ser vividos y, en general, por sus graves consecuencias.

### ¿Conoces a alguien que tenga uno de estos problemas?

El Distrito cuenta con líneas de escucha y orientación disponibles para la ciudadanía.

Atención a emergencias en salud y salud mental

Líneas

# 106-123

Línea Púrpura

Atención a violencias contra la mujer

# 01 8000 112 137 300 755 1846

Línea Calma

Orientación emocional a hombres

# 01 8000 423 614

Línea Diversa

Asesoría psicosocial a personas LGBTIQ+

# 310 864 4214

Línea Salvavidas

Contención a crisis, riesgo de suicidio y discriminación

# 311 766 8666



## | La salud mental en el mundo

El referente más destacado de la problemática global de salud mental es el informe mundial publicado por la OMS (15). En cada una de sus actualizaciones, este informe contiene una descripción detallada de las manifestaciones, la carga relativa global, los determinantes, y las alternativas ante los trastornos mentales y neurológicos comunes prevalentes y de mayor impacto en la sociedad y la salud pública.

Las estimaciones globales normalmente están referidas a personas entre 5 y 60 años, de ambos sexos. Sin embargo, considerando las poblaciones adolescentes, de adultos jóvenes y de mediana edad, (entre 15 y 45 años), se observan prevalencias de trastornos y tasas de morbilidad notoriamente superiores a los valores promedio para la población general (16). Esta mayor concentración de la carga de morbilidad en la población joven y adulta afecta a las personas en su etapa vital de más productividad, desarrollo y construcción de proyecto de vida y realización, lo cual implica una mayor gravedad en la dimensión y el impacto de los trastornos mentales y neurológicos en el conjunto de la sociedad (16).

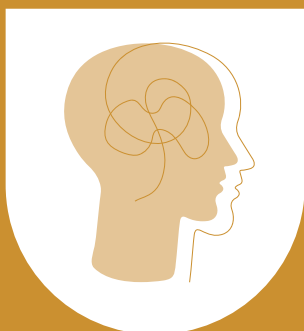
El panorama actual de la salud mental en el mundo se resume en las siguientes líneas, tal como lo expone la OMS en su más reciente *Informe mundial sobre la salud mental*:

- ▶ Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres.
- ▶ A nivel mundial, puede haber 20 intentos de suicidio por cada fallecimiento. Sin embargo, el suicidio representa más de uno de cada 100 fallecimientos, siendo una de las principales causas de muerte entre la población joven.
- ▶ Los trastornos mentales son la principal causa de años perdidos por discapacidad (APD), y representan uno de cada seis casos de APD en el mundo.
- ▶ La esquizofrenia, que afecta a aproximadamente uno de cada 200 adultos, es una de las principales preocupaciones. En sus estados agudos, esta resulta ser el trastorno mental más perjudicial de todos; además, es el trastorno mental más costoso por persona para la sociedad.
- ▶ Las personas que padecen esquizofrenia u otros trastornos mentales graves fallecen, en promedio, entre 10 y 20 años antes que la población general. A menudo esto ocurre por enfermedades físicas prevenibles.
- ▶ En general, las consecuencias económicas de los trastornos mentales son enormes. Las pérdidas de productividad y otros costos indirectos para la sociedad suelen superar con creces los costos de la atención en salud.
- ▶ Los trastornos depresivos y de ansiedad son mucho menos costosos por persona, pero son mucho más frecuentes. Por lo tanto, contribuyen en gran medida a los gastos totales a nivel nacional.
- ▶ Además de ser generalizados y costosos, los trastornos mentales están gravemente desatendidos. Los sistemas de salud mental en todo el mundo adolecen de importantes deficiencias y desequilibrios en materia de información e investigación, gobernanza, recursos y servicios.
- ▶ En promedio, los países dedican menos del 2 % de sus presupuestos de atención en salud a la salud mental. En los países de ingresos medianos, más del 70 % del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos.
- ▶ Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que solo hay un psiquiatra o un psicólogo por cada 200.000 habitantes.



Adicionalmente, la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales asequibles es limitada, especialmente en los países de ingresos bajos, y la mayoría de las personas que sufren trastornos mentales no recibe ningún tratamiento. Las carencias en la cobertura de servicios se ven agravadas por la variable de calidad de la atención.

- ▶ Varios factores impiden que las personas busquen ayuda para sus trastornos mentales, como la mala calidad de los servicios, los bajos niveles de conocimientos sobre salud mental, la estigmatización y la discriminación.
- ▶ En numerosos lugares no existen servicios formales de salud mental y aun cuando están disponibles suelen ser inaccesibles o inasequibles. A menudo, las personas optarán por sufrir un malestar mental sin alivio, antes que arriesgarse a la discriminación y el ostracismo que conlleva el acceso a los servicios de salud mental.
- ▶ El informe señala que las amenazas locales aumentan el riesgo para las personas, las familias y las comunidades; mientras que las amenazas mundiales aumentan el riesgo para poblaciones enteras y pueden retrasar la progresión mundial hacia una mejora del bienestar. En este contexto, las principales amenazas globales en la actualidad son: las recesiones económicas, la polarización social, las emergencias de salud pública, las emergencias humanitarias generalizadas, el desplazamiento forzado y la creciente crisis climática.
- ▶ Con referencia específica a la pandemia de COVID-19, el informe sostiene que, entre sus numerosas repercusiones, esta pandemia ha generado una crisis mundial de salud mental, alimentando el estrés y socavando la tranquilidad de millones de personas. Por ejemplo, se calcula que el aumento de los trastornos de ansiedad y depresión fue de más del 25 % durante el primer año de la pandemia. Al mismo tiempo, los servicios de salud mental se han visto gravemente perturbados, y la brecha terapéutica de los trastornos mentales se ha ampliado.



# Parte 2

## Sobre el desarrollo del estudio

### 1. Objetivos

#### 1.1. Objetivo general

Generar información sobre el estado en salud mental de grupos poblacionales específicos, a través de la aplicación de instrumentos de alta sensibilidad, validados, sencillos, según variables demográficas básicas, localidades, población urbana y rural, y agrupación de síntomas.

#### 1.2. Objetivos específicos

1. Comprender la percepción y el estado de la salud mental de los habitantes de Bogotá, por localidad, género y edad.
2. Profundizar en los trastornos mentales y del comportamiento de los habitantes de Bogotá.
3. Estimar la percepción, acceso y calidad de la prestación del servicio de salud mental en Bogotá.
4. Aportar información al Distrito para la implementación de políticas públicas de salud y salud mental.

### 2. Metodología

#### 2.1. Delimitación y alcance del estudio

El marco conceptual y los objetivos que preceden al diseño metodológico del estudio proporcionan las definiciones sustanciales de los fenómenos y problemas que configuran la salud mental de la población bogotana, y los problemas y trastornos de salud mental prevalentes en el distrito. El estudio abarca la percepción de las personas sobre su salud mental, su bienestar subjetivo y sus síntomas de malestar emocional; los posibles trastornos mentales, neurológicos o por consumo de sustancias; las consecuencias identificables de la pandemia de COVID-19 en la salud mental; los indicadores de autocuidado y resiliencia; la demanda de atención y el acceso a servicios de salud mental, así como una aproximación a los determinantes sociales de la salud mental, considerando las características sociodemográficas de la población.

Con este fin, se partió de la recolección de información en hogares seleccionados aleatoriamente dentro del universo poblacional de la ciudad, con la participación de personas que





también fueron seleccionadas de manera aleatoria en cada hogar abordado. En este contexto, el contenido de la exploración fue delimitado, focalizado, detallado diferencialmente, integrado, factible y extensivo a toda la población.

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

Para la aplicación de las preguntas, la persona encuestadora visitó hogares seleccionados al azar. Después de explicar brevemente el estudio, solicitó amablemente que un miembro de la familia participara y, una vez que la jefatura del hogar aceptó, el encuestador realizó una lista de los miembros del hogar y eligió a la persona a entrevistar.

Este proceso enfrentó algunas limitaciones. Por ejemplo, en algunos casos se presentaron interrupciones durante la encuesta, principalmente por el efecto que causan preguntas sensibles, como la pregunta sobre ideación suicida. Para estas situaciones, la aplicación de la encuesta contó con soporte en campo de profesionales en psicología que brindaron primeros auxilios psicológicos. Así mismo, una sección del formulario permitía activar la ruta para acceder a atención en salud mental; ya fuera por solicitud de la persona encuestada o si la persona que aplicaba la encuesta lo consideraba necesario. Esta sección recolectaba información personal para contacto posterior, con autorización expresa de la persona encuestada para movilizar la red de atención del distrito y permitir el apoyo a través de estrategias de salud pública.

A diferencia de un abordaje clínico con fines diagnósticos y su consiguiente exploración

individualizada a profundidad, esta encuesta de corte epidemiológico se enfocó en indicadores básicos esenciales de eventos y constelaciones de eventos de salud mental. Además, se centró en su distribución, frecuencia y factores determinantes en el conjunto de la población estudiada.

## 2.2. Área, localidad y manzana

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

## 2.3. Diseño muestral

Teniendo en cuenta los objetivos y las características de la ESMB, se diseñó una muestra probabilística, multietápica, estratificada y de elementos.

El diseño de muestreo fue de tipo probabilístico porque cada unidad del universo estudiado tiene una probabilidad de selección conocida y mayor que cero de ser seleccionada. Como lo mencionan Särndal, Swensson, y Wretman (41), las muestras probabilísticas garantizan la posibilidad de generalizar o inferir los resultados muestrales a los universos de los cuales han sido seleccionadas, con un determinado error de estimación (error de muestreo).

Los estratos de muestreo fueron definidos a partir de criterios temáticos y estadísticos. De manera temática se definió a las 20 localidades como los estratos de muestreo, y para las localidades de Ciudad Bolívar, Suba y Usme, se subestratificó según el área en urbana y rural. Dentro de los estratos urbanos se realizó un procedimiento de Lavallée y Hidiroglou



(42) para subestratificar a las manzanas cartográficas según la densidad poblacional.

Las UPMs fueron seleccionadas usando un diseño de muestreo aleatorio simple (MAS), con algoritmo de selección de coordinado negativo (41). Las USMs fueron seleccionadas de manera sistemática (43), mientras que las UTM y UFM se seleccionaron usando un diseño MAS, con algoritmo de selección de coordinado negativo.

#### 2.4. Tamaño de la muestra <sup>1</sup>

El cálculo del tamaño de la muestra se basó en la siguiente expresión (43):

$$n_h = \frac{n_{0h}}{1 + \frac{n_{0h}}{N_h}}$$

con

$$n_{0h} = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 P(1-P)DEFF}{\varepsilon^2}$$

En donde  $N_h$  y  $n_h$  son el tamaño de la población y el tamaño de la muestra respectivamente; en el estrato  $h$ ,  $z_{1-\alpha/2}$  es el percentil de una distribución normal, para este caso es 1.96 para obtener un 95 % de confianza;  $P$  es el parámetro trazador que se fija en 0.5 para generar un escenario de máxima variación; y  $DEFF$  es el efecto de diseño que se fija en 2.0 siguiendo lo recomendado por Naciones Unidas (44), y el margen de error se prefijó en  $\varepsilon=5$  %. Finalmente, teniendo en cuenta que se presentaría no respuesta no ignorable, se realizó una selección con una sobremuestra del 20 % al tamaño muestral mínimo.

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

**Tabla 1.** Tamaño de muestra final por localidad

Localidad	Total	Hombre	Mujer
Usaquén	773	341	432
Chapinero	777	403	374
Santa Fe	785	390	395
San Cristóbal	776	386	390
Usme	778	382	396
Tunjuelito	781	393	388
Bosa	812	365	447
Kennedy	828	354	474
Fontibón	808	379	429
Engativá	772	367	405
Suba	690	313	377
Barrios Unidos	790	397	393
Teusaquillo	770	391	379

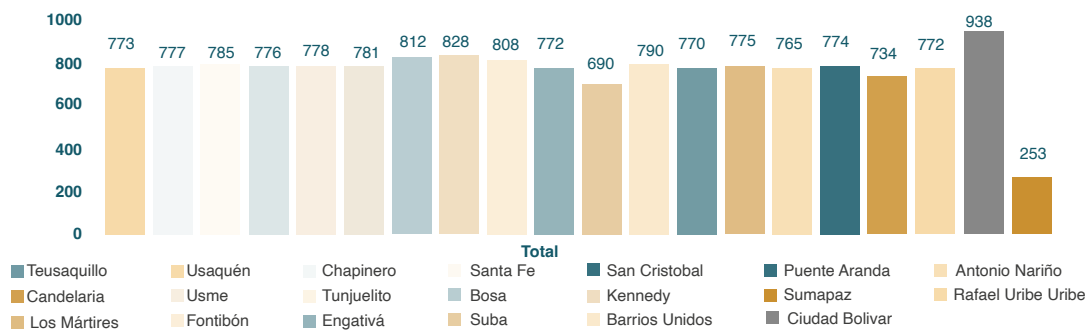
1. UPM





Localidad	Total	Hombre	Mujer
Los Mártires	775	380	395
Antonio Nariño	765	340	425
Puente Aranda	774	388	386
La Candelaria	734	355	379
Rafael Uribe Uribe	772	363	409
Ciudad Bolívar	938	392	546
Sumapaz	253	112	141
<b>Total</b>	<b>15.151</b>	<b>7.191</b>	<b>7.960</b>

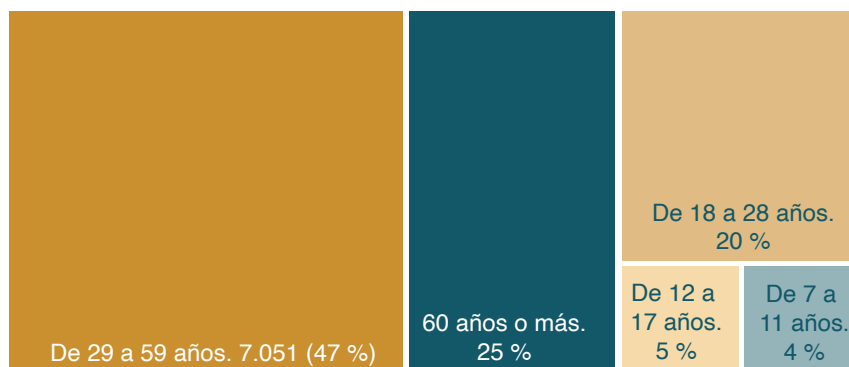
**Gráfica 1. Tamaño de la muestra final por localidad**



**Tabla 2. Tamaño de muestra final por rangos de edad**

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

**Gráfica 2. Tamaño de muestra final por rangos de edad**



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

Área	Encuestas
Urbana	14.403
Rural	748
<b>Total</b>	<b>15.151</b>

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

### 2.5. Selección y capacitación del personal de campo

Con el propósito de contar con el personal idóneo para el trabajo en terreno, se seleccionaron 314 encuestadores y supervisores, mujeres y hombres, mayores de 20 años, con amplia experiencia en estudios de hogares y formación académica superior a bachillerato. El proceso de selección y reclutamiento comprendió la revisión y preselección de hojas de vida; la aplicación de pruebas psicotécnicas y entrevistas, y la verificación de referencias. Adicionalmente, se contrató a 13 profesionales en psicología, quienes fueron capacitados en primeros auxilios psicológicos, con el objetivo de brindar apoyo en el trabajo de campo.

La fase de capacitación incluyó la descripción de la metodología de muestreo y selección de hogares e informantes; el uso de los formatos; el protocolo de abordaje y la presentación del estudio a los participantes; el procedimiento de entrevista y aplicación del cuestionario, y el manejo de contingencias especiales. Adicionalmente, en la capacitación se dieron indicaciones precisas para garantizar la

privacidad y el anonimato de los encuestados, y la confidencialidad de la información suministrada.

Los supervisores recibieron instrucciones sobre los procedimientos establecidos y su descripción detallada en el manual de campo. La supervisión comprendió el acompañamiento de los encuestadores en el recorrido (conteo de viviendas, partición y selección de unidades de muestreo); la verificación del diligenciamiento de los formatos de croquis y el listado de viviendas; el contacto en el hogar seleccionado; la elaboración del listado de miembros del hogar, y la selección final de la persona que debía ser encuestada.

Adicionalmente a la instrucción en aula (con exposiciones didácticas, ilustraciones y ayudas visuales), se realizaron simulaciones de entrevista-encuesta, una salida a campo con ejercicios de muestreo y aplicación real del cuestionario, y un taller de retroalimentación y solución de problemas e inquietudes.



## 2.6. Herramientas metodológicas

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

### | Niños de 7 a 11 años

Este formulario contó con 92 preguntas que fueron respondidas por el adulto a su cargo, y contenía las siguientes secciones:

- ▶ RQC
- ▶ APGAR familiar niño
- ▶ Escala de parentalidad y ajuste familiar (PAFAS)
- ▶ Escala de padres involucrados
- ▶ Trastornos del desarrollo intelectual
- ▶ Cuestionario de problemas de aprendizaje (CEPA)
- ▶ Trastornos del desarrollo del aprendizaje
- ▶ Trastornos por hiperactividad con déficit de atención
- ▶ Trastornos conductuales en la infancia
- ▶ Trastornos del espectro autista
- ▶ Epilepsia
- ▶ Acceso a servicios de salud mental (EA/AT)

### | Adolescentes de 12 a 17 años

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

- ▶ Calidad de vida (Q-LES-Q)
- ▶ Bienestar subjetivo (ENSM)
- ▶ Percepción de salud y de salud mental
- ▶ Autovaloración de la salud mental (ENSM)
- ▶ RQC
- ▶ APGAR familiar adolescentes
- ▶ Escala de padres involucrados
- ▶ AUDIT
- ▶ Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas
- ▶ Trastornos del desarrollo intelectual
- ▶ Trastornos del desarrollo del aprendizaje
- ▶ Trastornos por hiperactividad con déficit de la atención
- ▶ Trastornos del espectro autista
- ▶ Cuestionario de comportamientos suicidas
- ▶ Ideación suicida
- ▶ Epilepsia
- ▶ *Prodromal questionnaire-brief*
- ▶ Trastornos psicóticos
- ▶ Sucesos ocurridos durante la pandemia de COVID-19
- ▶ Acceso a servicios de salud mental (EA/AT)



### | **Personas mayores de 18 años.**

Este formulario contó con 132 preguntas y contenía las siguientes secciones:

- ▶ Calidad de vida: disfrute y satisfacción (Q-LES-Q)
- ▶ Bienestar subjetivo (ENSM)
- ▶ Percepción de salud y de salud mental (ENSM)
- ▶ Autovaloración de la salud mental (ENSM)
- ▶ SRQ
- ▶ APGAR Familiar.
- ▶ AUDIT
- ▶ Trastornos debidos al consumo de sustancias psicoactivas
- ▶ PHQ-2
- ▶ Trastornos depresivos
- ▶ Escala de ansiedad generalizada (GAD-2)
- ▶ Trastornos de ansiedad
- ▶ Cuestionario de trastornos del estado del ánimo (MDQ)
- ▶ Trastornos bipolares
- ▶ Estrés postraumático (PTSD-S-CIE-11)
- ▶ Comportamientos suicidas (SBQ-R)
- ▶ Ideación suicida
- ▶ Trastornos psicóticos
- ▶ Demencias
- ▶ Epilepsia
- ▶ Sucesos ocurridos durante la pandemia de COVID-19
- ▶ Acceso a servicios de salud mental (EA/AT)

La definición operacional de la estrategia y los instrumentos de recolección de información se soportan en una revisión prospectiva del marco conceptual, las variables de estudio y las categorías de análisis, a la luz de los antecedentes investigativos y los recursos

técnicos mayormente conocidos y utilizados en la producción de conocimiento en esta materia. La revisión realizada y expuesta en este documento define una perspectiva epistemológica, cuyo referente técnico operativo son las herramientas o baterías de preguntas a incluir en el formulario de entrevista.

Dados los objetivos específicos del estudio y los componentes abordados, la construcción de los instrumentos de recolección de información demandó la estructuración de varios módulos temáticos. Por esta razón, se incorporaron en ellos herramientas o partes de instrumentos reconocidos y utilizados en la investigación previa, así como un conjunto apropiado de nuevas preguntas derivadas de los objetivos y aspectos de interés para el estudio, originales o adecuadas a partir de referentes documentados. Así, los elementos básicos del diseño de investigación se resumen en la siguiente tabla:



**Tabla 4.** Contenido del diseño de investigación

Objetivos		Problemática de salud mental en la población residente en Bogotá						
		Autopercepción de salud mental	Problemas de salud mental	Trastornos mentales	Efectos pandemia de COVID-19 en salud mental	Determinantes sociales de la salud mental	Variación 2017 -2022	Grupos prioritarios
<b>Variables</b>	<b>Categorías</b>							
Localidad	20	- Significado de SM - Valoración de SM - Bienestar subjetivo - Satisfacción de necesidades interpersonales - Confianza - Expectativas [ENSM-2015, EQ-5D]	Sintomatología de malestar, angustia o problemas de salud mental [SRQ, RQC, AUDIT, APGAR, PHQ-2, GAD-2]	Clasificación de resultados según categorías CIE y niveles de severidad de la sintomatología reportada. [SRQ, RQC, AUDIT, PCL-S-CIE-11, UCLA-LS, MDQ] Niños y adolescentes: [CGAS, PQ-B, EDAH]	Complemento cuantitativo con ítems adaptados de la ENSM y Escala de Resiliencia [CD-RISC-2]	Resultados del modelo multivariado de factores asociados a cada dimensión de afectación, para cada variable sociodemográfica y sus categorías. Estudio PSY-COVID	Análisis comparado de resultados con la línea de base levantada en el estudio tamiz de 2017	Los resultados sobre cada área temática incluyen datos para cada categoría de las variables sociodemográficas: - Prevalencia; - Razón de prevalencia ajustada; - Odds ratio ajustado; - IC 95 %
Género	3							
Grupo etario	5							
Estrato	3 (6)							
Nivel educativo	4							
Grupo étnico	4							
Área de residencia	2							

### 2.7. Criterios de los instrumentos de recolección de información

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

- 1. Consistencia del instrumento:** el instrumento está en consonancia con el concepto actual de salud mental y con una perspectiva holística de abordaje de la salud mental. La indagación abarcó: indicadores de bienestar subjetivo; satisfacción; afectaciones frecuentes o prevalentes en la salud mental; la

posible conjunción de señales o síntomas de problemas psicológicos o trastornos mayores; así como la demanda de atención, el acceso y la percepción de los servicios de salud mental. El instrumento también registró indicadores de autocuidado y resiliencia, es decir las recomendaciones que dicta la experiencia y el saber de la población para mejorar la salud mental.

- 2. Pertinencia para la política pública y la acción institucional:** en línea con los TdR del estudio, el instrumento priorizó la necesidad de contar con información que dé cuenta de los indicadores esenciales sobre problemas de salud mental, así como de los trastornos mentales y del comportamiento. Esto con desagregación hasta el nivel local, de manera que permite focalizar los



esfuerzos dirigidos hacia la promoción de la salud mental, la prevención de los trastornos mentales y su diagnóstico oportuno.

3. **Focalización:** identificación y estimación de problemas y trastornos de salud mental más frecuentes y prioritarios en la ciudad, considerando su prevalencia y la carga asociada de morbilidad, discapacidad y afectación social en la población; según la investigación previa (local, nacional y en las Américas).
4. **Selección de preguntas o baterías de preguntas/ítems relevantes:** para el cuestionario del estudio se seleccionaron preguntas a partir de instrumentos reconocidos, validados y previamente usados en estudios poblacionales afines en el contexto local o nacional (con aplicación mediante entrevista-encuesta en hogares). Se dio prioridad a aquellos que cuentan con el respaldo de la OMS/OPS, el MSPS, la SDS u otras instancias institucionales, académicas o profesionales.
5. **Comparabilidad de la información recolectada:** se tuvo en cuenta la comparabilidad con otros estudios locales, nacionales o internacionales, con similares indicadores y categorías de análisis.
6. **Alcance del instrumento según contexto de aplicación:** se usaron instrumentos cuya aplicabilidad, según características del formulario y condiciones de aplicación, es apropiada en el contexto de una entrevista. Se aseguró que estos instrumentos fueran aplicables a una muestra aleatoria de hogares y personas en su privacidad, sin requerir un encuadre clínico, ni un entorno o contexto situacional de atención en salud.
7. **Adecuación de los instrumentos a los perfiles de las personas participantes y las condiciones de aplicación, con enfoque diferencial:** para esta adecuación se consideraron aspectos tales como el

protocolo de presentación, el lenguaje, los términos utilizados, la secuencia de las preguntas, la claridad de los enunciados, la facilidad de respuesta y la duración de la entrevista.

8. **Autonomía, consentimiento y asentimiento informado, libertad de expresión y comodidad de las y los participantes:** estos aspectos se garantizaron en el proceso de abordaje de las personas participantes y de recolección de información. En el encuadre de la interacción entre entrevistador/a y persona entrevistada, se registró la información que, con base en las preguntas formuladas en la entrevista, el o la participante proporcionó de manera espontánea, libre y con plena autonomía.
9. **Garantía de anonimato, confidencialidad y manejo reservado de la información:** estas garantías fueron formalmente definidas en los protocolos correspondientes de asentimiento y consentimiento informado, así como las demás pautas éticas contempladas en la normatividad internacional sobre investigación en salud con seres humanos. Además, constituyen el soporte fáctico sustancial de la validez, la confiabilidad y el beneficio social de la información obtenida en el desarrollo de este estudio.
10. **Formalidad con empatía:** la aplicación de los formularios transcurrió como una conversación estructurada, organizada en una secuencia lógica, tan centrada como corresponde en una entrevista formal. No obstante, fue cálida, afable y empática; como lo amerita una relación interpersonal en torno a una realidad profundamente humana como las vivencias de las y los informantes.



### | Instrumentos preseleccionados

Los instrumentos preseleccionados para el estudio que se presentan a continuación son el resultado de un proceso de revisión conceptual y metodológica, así como de referentes investigativos. En este proceso se analizaron un total de 28 instrumentos, de

los cuales se seleccionaron 12, siguiendo los criterios expuestos en el marco metodológico. La tabla 5 ofrece una breve descripción de cada instrumento, indica el grupo poblacional al que se aplicó y especifica si se utilizó en su totalidad o solo parcialmente.

**Tabla 5.** Instructivo de campo

	Instrumento	Descripción	Grupo poblacional			¿Va a usarse completo?	
			Adultos	Adolescentes	Niños	Completo	Subescala
1	Cuestionario de autoreporte de síntomas mentales (SRQ)	Evalúa síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, síntomas psicóticos y síntomas epilépticos.	X			X	
2	Cuestionario de reporte de síntomas mentales para niños y adolescentes (RQC)	Evalúa en niños y adolescentes: síntomas depresivos, síntomas de ansiedad, síntomas psicóticos y síntomas epilépticos.		X	X	X	
3	APGAR familiar	Evalúa el funcionamiento de la unidad familiar de forma global.	X	X	X	X	
4	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i> (AUDIT)	Permite identificar dependencia, consumo de riesgo y perjudicial de alcohol.	X	X		X	
5	EuroQol 5-Dimensional (EQ-5D)	Evalúa el estado de salud global de una persona.	X	X			X
6	Cuestionario de comportamientos suicidas (SBQ-R)	Evalúa la ideación de suicidio	X	X		X	
7	<i>Post-traumatic Stress Disorder Check List-Short</i> (PTSD-S-CIE-11)	Versión reducida del PTSD, de acuerdo con los criterios del CIE-11, cuyo objetivo es medir los síntomas del trastorno de estrés postraumático (TEPT).	X			X	
8	Cuestionario sobre la Salud del Paciente ( <i>Patient Health Questionnaire</i> ) [PHQ-2]	Versión reducida y validada del PHQ-9, cuyo objetivo es identificar síntomas de depresión.	X			X	
9	Escala de trastornos de ansiedad generalizada ( <i>Generalized Anxiety Disorder</i> ) [GAD-2]	Evalúa conductas vinculadas con la expresión emocional y cognitiva de la ansiedad generalizada.	X			X	
10	<i>Mood Disorders Questionnaire</i> (MDQ)	Cuestionario autoadministrado para el cribado de trastorno afectivo bipolar.	X			X	
11	Cuestionario de Pródromos-Breve ( <i>Prodromal Questionnaire-Brief</i> -PQ-B)	Evalúa síntomas prodrómicos de psicosis de tipo positivo en adolescentes.		X		X	
12	Escala para la evaluación del trastorno por hiperactividad con déficit de atención-TDAH	Evalúa síntomas del trastorno por hiperactividad con déficit de atención en personas de 6 a 12 años.			X	X	





## 2.8. Instructivo de campo

El instructivo general de campo contiene una presentación del estudio, sus objetivos, la descripción de la metodología, los procedimientos técnicos para la recolección de la información en terreno, las funciones del personal de campo (coordinadores, supervisores, encuestadores), y la definición operacional de todos los conceptos y pasos implicados en el proceso de muestreo y selección de hogares e informantes (UPM, USM, UTM, tabla de sorteo, visitas y revisitas, etc.). Además de esta información general para conocimiento y aplicación de todo el personal de campo, el instructivo comprende dos herramientas particulares: un manual para encuestadores y un manual para supervisores.

## 2.9. Manuales

### | Manual del encuestador

Es una guía detallada y precisa de las tareas que debe realizar el encuestador y los procedimientos que debe seguir en cada paso. Comprende las siguientes secciones:

- ▶ Tareas específicas del encuestador (recorrido de la UPM, conteo de viviendas, elaboración de croquis, partición y selección de USM y UTM, contacto del hogar, selección del informante, etc.)
- ▶ Obligaciones éticas
- ▶ Recomendaciones para el abordaje del informante
- ▶ Estrategias para garantizar la privacidad durante la encuesta
- ▶ Recomendaciones específicas para la realización de la entrevista
- ▶ Comportamiento del encuestador durante la aplicación del cuestionario
- ▶ Instrucciones para el diligenciamiento del cuestionario (por secciones y preguntas específicas)

- ▶ Orientaciones para casos especiales (ausencias, rechazos, personas en condición de discapacidad, etc.)

### | Manual del supervisor

Describe la organización del personal de campo y su distribución en equipos, define las funciones y responsabilidades del supervisor, y brinda instrucciones detalladas y precisas para las tareas asignadas, agrupadas en las siguientes secciones principales:

- ▶ Recepción y distribución del material de campo (credenciales, instructivos, UPM, lápices y borradores, formatos, cuestionarios, tarjetas, etc.)
- ▶ Tareas del supervisor durante el trabajo de campo
- ▶ Procedimientos de supervisión y verificación
- ▶ Revisión del material entregado por los encuestadores
- ▶ Tarjetas de ayuda visual para el diligenciamiento del formulario de entrevista-encuesta
- ▶ Entre otros

## 2.10. Operativo de campo

Se conformaron 24 equipos de trabajo de encuestadores y supervisores, de acuerdo con la distribución territorial de la muestra y la agrupación zonal de las 20 localidades del distrito capital.

Durante todo el período de trabajo en terreno se realizaron reuniones frecuentes del comité técnico y el personal de campo, con el fin de hacer seguimiento a los avances e inconvenientes registrados, y tomar las medidas necesarias para resolver los problemas que se reportaban. Se mantuvo también coordinación permanente con el profesional encargado de la muestra para atender las dificultades relacionadas con las UPM que presentaban complicaciones especiales.





La supervisión directa se realizó a través de recorridos en campo, y la supervisión indirecta se llevó a cabo mediante entrevistas con los supervisores y la revisión aleatoria de materiales entregados por el personal de campo.

### 2.11. Prueba piloto

Luego de la formulación, edición y diagramación, el instrumento quedó conformado por un filtro de selección del informante y tres cuestionarios dependiendo del segmento poblacional a encuestar:

- 1. Segmento niñas y niños:** menores de edad entre los 7 y 11 años. Cuestionario de 90 preguntas, identificando cada pregunta con la letra **N**.
- 2. Segmento adolescentes:** menores de edad entre los 12 y 17 años. Cuestionario de 151 preguntas, identificando cada pregunta con la letra **A**.
- 3. Segmento mayores de edad:** personas mayores de 18 años. Cuestionario de 132 preguntas, identificando cada pregunta con la letra **M**.

Se realizó una aplicación piloto del instrumento, que contó con aprobación de la mesa técnica de recolección de información, a través de la elaboración de un programa de captura en medio digital (tabletas), lo cual robusteció la calidad del dato recolectado y la eficiencia de tiempo de recolección en campo.

El objetivo de la prueba piloto fue: comprobar la idoneidad del formulario frente a informantes reales; la aplicación de la metodología de selección de USM, UTM e informante; el desenvolvimiento de encuestadores y supervisores, entre otros factores que debían ser controlados. Con este piloto se logró probar el sistema establecido de una manera limitada, y por ende más controlada, y se adquirió

la experiencia práctica necesaria sobre la metodología.

Como complemento de lo anterior, se monitorearon las dimensiones que integran todos los aspectos conceptuales, metodológicos y logísticos de la encuesta, con el propósito de testarlos a cabalidad y asegurar un óptimo desarrollo del campo definitivo posterior. Estas dimensiones se mencionan a continuación.

#### Receptividad y comprensión general del estudio por parte de las personas y sus hogares

Se evaluó el nivel de receptividad de los hogares para atender a los encuestadores, escuchar el propósito de la investigación y acceder a responder la encuesta.

**Instrumento:** se buscó medir la claridad y la aplicabilidad de las preguntas ante las diversas situaciones que se pueden presentar en los hogares y con las personas encuestadas; así mismo, se evaluaron las opciones de respuesta precodificadas, para asegurar que incluían aquellas opciones seleccionadas más frecuentemente por los encuestados. De igual manera, en este ítem se verificó la consistencia de los flujos del instrumento.

**Programación del dispositivo:** se confirmó la consistencia de la programación, los pases y flujos de la encuesta en la tableta. Igualmente, se evaluó la estabilidad del programa (bloques de pantalla y/o salidas inesperadas de la aplicación de la encuesta), y el rendimiento de la batería. También se confirmó el cumplimiento de las siguientes funciones clave del programa de captura de datos:

- ▶ Permitted to construct the database of the surveys simultaneously to the process of the collection.
- ▶ Facilitated the follow-up to the state of the terrain in real time by the director



de campo del proyecto, identificando obstáculos y barreras de manera oportuna.

- ▶ Garantizó la fidelidad de la información aportada por el o la informante y el ingreso directo de la información a la base de datos del estudio.
- ▶ Aplicó filtros, pases y demás controles necesarios, para garantizar la calidad de la información recolectada.
- ▶ Disminuyó la probabilidad de error en la aplicación para las preguntas filtro o en pases previamente programados en el programa de captura.

**Rendimientos:** el tiempo promedio de duración de la encuesta fue de 62 minutos, la duración mínima fue de 43 minutos y la máxima de 91 minutos. Dicha duración dependió del

formulario que se estaba respondiendo, de la firma de asentimiento y consentimiento, y del tiempo que se requería para el enlistamiento de viviendas y la selección de la persona informante. En general, se estimó que un/a encuestador/a realizó aproximadamente 4 encuestas por día.

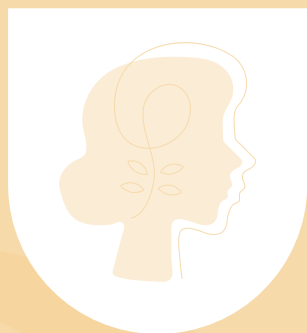
**Logística:** en este aspecto se evaluaron los recursos necesarios para el trabajo en terreno que permitieron maximizar la efectividad y reducir la tasa de rechazo, incluyendo el recurso humano y los procedimientos asociados con el operativo de campo.

## 2.12. Distribución de la muestra

La muestra del estudio se distribuyó de la siguiente manera:

**Tabla 6.** Distribución de la muestra para el estudio

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



# Parte 3

## Resultados

### Caracterización

#### Descripción de la muestra

Se realizaron 15.151 encuestas, distribuidas en las 20 localidades de la siguiente manera:

**Tabla 7.** Distribución de la muestra por localidades sin expansión

Localidad	#	%
Ciudad Bolívar	936	6.18
Kennedy	828	5.46
Bosa	812	5.36
Fontibón	808	5.33
Barrios Unidos	790	5.21
Santa Fe	783	5.17
Tunjuelito	781	5.15
Chapinero	777	5.13
Usme	778	5.13
San Cristóbal	776	5.12
Los Mártires	773	5.1
Teusaquillo	773	5.1
Puente Aranda	772	5.1
Engativá	772	5.1
Usaquén	773	5.1
Rafael Uribe Uribe	771	5.09
Antonio Nariño	767	5.06
La Candelaria	736	4.86
Suba	690	4.55
Sumapaz	255	1.68



Al aplicar el factor de expansión, la población representada se distribuyó por localidades de la siguiente forma:

**Tabla 8.** Distribución de la muestra por localidades - población expandida

Localidad	Total		Zona Urbana		Zona rural	
	#	%	#	%	#	%
Suba	1.195.640	16.4	1.192.095	16.41	3.545	14.69
Kennedy	961.223	13.18	961.223	13.23	0	-
Engativá	766.241	10.51	766.241	10.55	0	-
Bosa	659.413	9.05	659.413	9.08	0	-
Ciudad Bolívar	584.431	8.02	575.341	7.92	9.090	37.66
Usaquén	543.582	7.46	543.582	7.48	0	-
Fontibón	374.836	5.14	374.836	5.16	0	-
San Cristóbal	363.257	4.98	363.257	5	0	-
Usme	359.205	4.93	350.548	4.82	8.657	35.87
Rafael Uribe Uribe	350.290	4.8	350.290	4.82	0	-
Puente Aranda	238.803	3.28	238.803	3.29	0	-
Chapinero	164.667	2.26	164.667	2.27	0	-
Tunjuelito	163.231	2.24	163.231	2.25	0	-
Teusaquillo	156.909	2.15	156.909	2.16	0	-
Barrios Unidos	141.564	1.94	141.564	1.95	0	-
Santa Fe	95.608	1.31	95.608	1.32	0	-
Los Mártires	76.011	1.04	76.011	1.05	0	-
Antonio Nariño	75.040	1.03	75.040	1.03	0	-
La Candelaria	17.546	0.24	17.546	0.24	0	-
Sumapaz	2.844	0.04	0	-	2.844	11.78

El 99.67 % de las personas encuestadas residían en una zona urbana y el 0.33 % en una zona rural. De acuerdo con el diseño muestral, el mayor número de personas entrevistadas se presentó en la localidad de Suba (16.4 %), y el menor número en la localidad de Sumapaz (0.04 %).

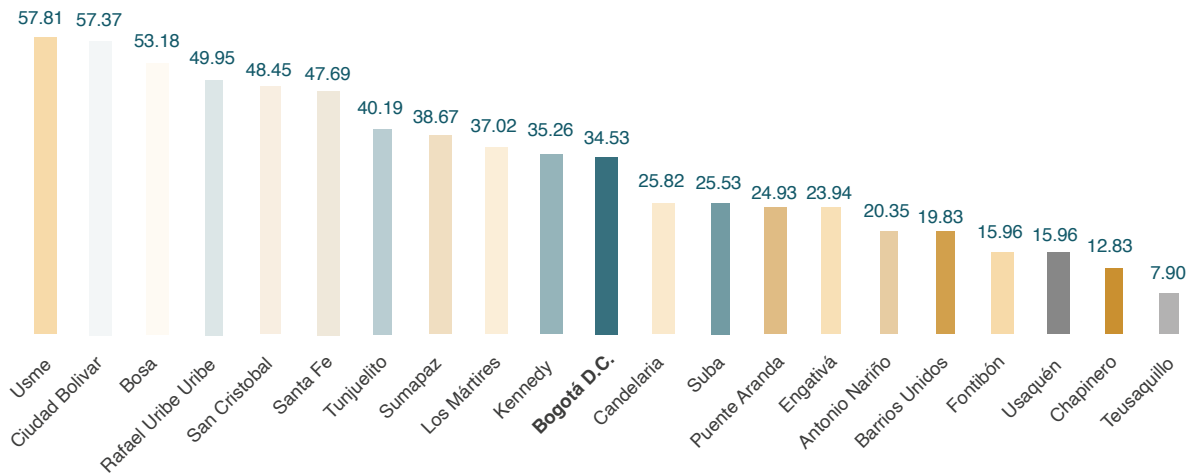
### **Hogar y personas**

Según el Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) (39), la pobreza multidimensional en la ciudad de Bogotá pasó

de 7.5 en 2020 a 5.7 en 2021, y a 3.8 en 2022; mostrando una disminución sostenida de la incidencia de la pobreza multidimensional. En cuanto a la pobreza monetaria, los datos del Observatorio de Salud de Bogotá para el año 2021 (40), muestran que las localidades con mayor incidencia de la pobreza monetaria son Usme (57.81 %) y Ciudad Bolívar (57.37 %), mientras que la localidad con menor incidencia es Teusaquillo (7.9 %).



**Gráfica 4. Incidencia de la pobreza multidimensional 2021 según localidades (%)**



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá - SaluData

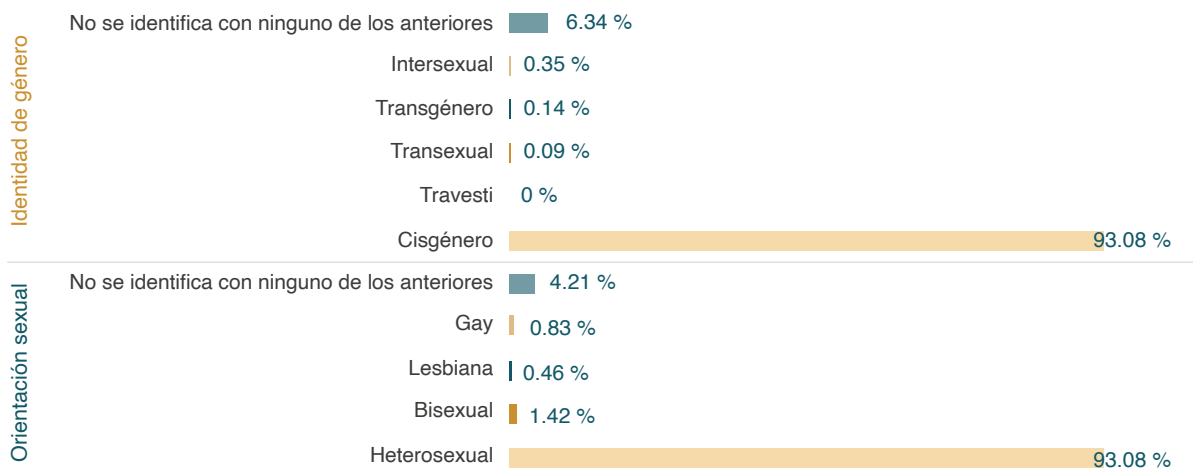
### Sexo

Respecto al sexo de las personas encuestadas, 47.57 % se reconocen como hombres, 52.19 % como mujeres y 0.24 % como personas intersexuales. En términos de género, el 47.85 % de las personas se identifican con el género masculino, el 51.81 % con el género femenino y el 0.34 % se reconocen como personas no binarias.

### Orientación sexual e identidad de género diversa

En cuanto a la orientación sexual, el 93.08 % de las personas se identifican como heterosexuales, 1.42 % como bisexuales y 0.83 % como gays. En la siguiente gráfica se desagregan las respuestas:

**Gráfica 5. Orientación sexual e identidad de género**





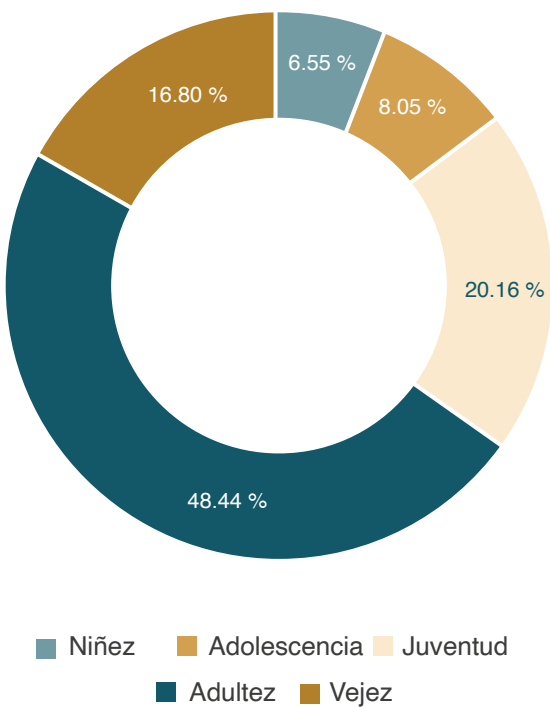
### País y ciudad de origen

El 90.28 % de las personas encuestadas nacieron en Colombia, el 9.43 % en Venezuela y el 0.29 % en otros países. Respecto a la ciudad de nacimiento, el 53.16 % de las personas encuestadas indicaron que nacieron en la ciudad de Bogotá, el 7.91 % en el departamento de Cundinamarca y el 29.2 % en otros departamentos del país.

### Curso de vida

En lo concerniente al curso de vida de las personas encuestadas, este se desagrega de la siguiente manera: 6.55 % niñez (7 a 11 años); 8.05 % adolescencia (12 a 17 años); 20.16 % juventud (18 a 28 años), 48.44 % adultez (29 a 59 años) y 16.8% vejez (60 o más años).

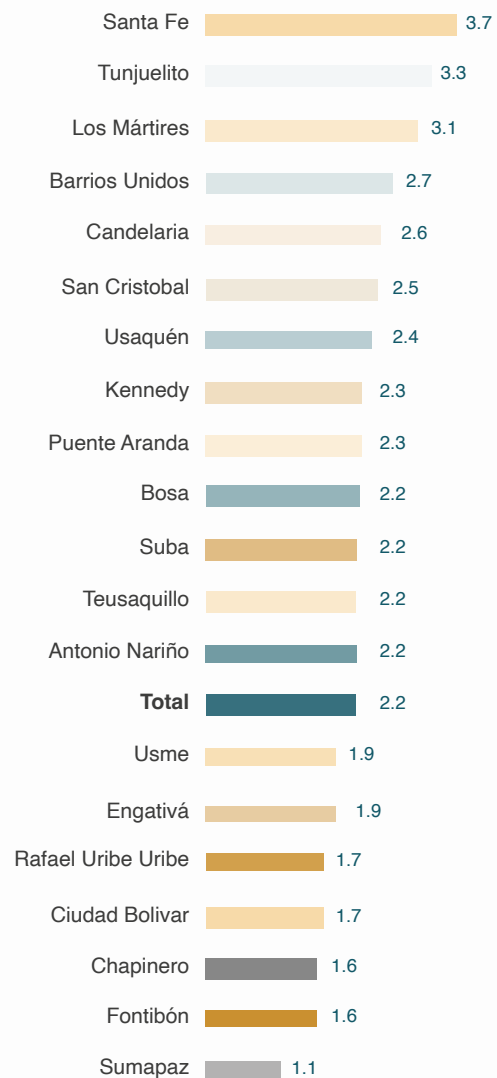
**Gráfica 6.** Distribución de la población según curso de vida



### Promedio de hogares

Respecto a los hogares por vivienda, se observó que en promedio residen 2.2 hogares por vivienda en la zona urbana y 1.3 en la zona rural. En la localidad de Santa Fe se encontró el mayor número de hogares promedio por vivienda (3.7), mientras en Sumapaz se registró el menor (1.1).

**Gráfica 7.** Promedio hogares por vivienda

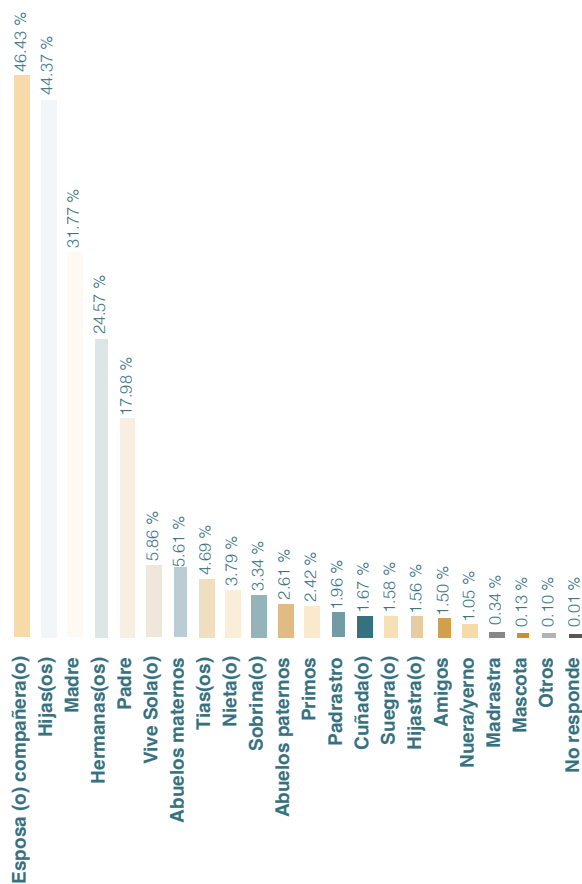




### Personas con quienes se convive

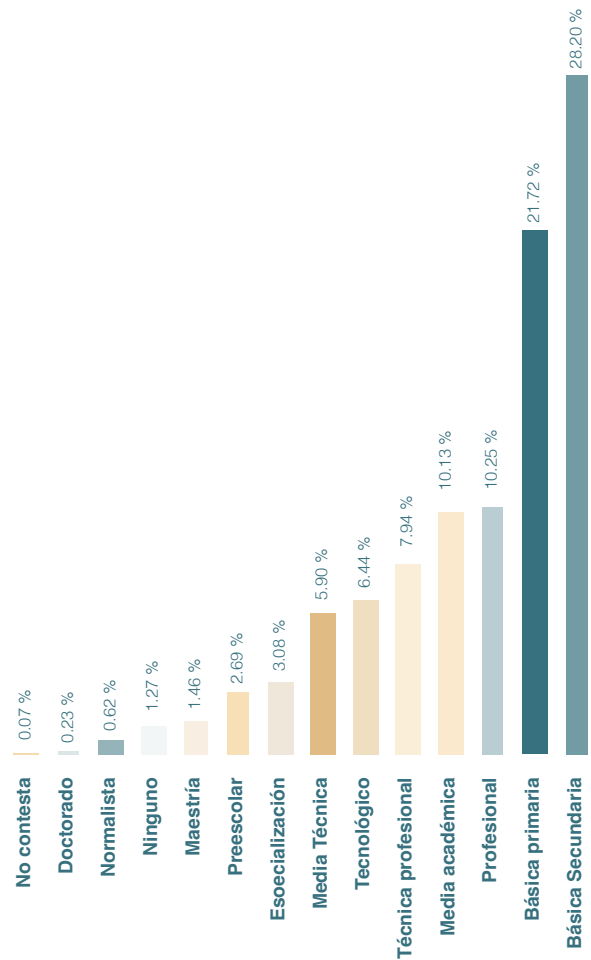
El 46.43 % de las personas encuestadas indicaron que viven con su esposa/o o compañera/o sentimental, el 44.37 % con su/s hijas/os, el 31.77 % con su madre, el 24.57 % con hermanas/os y el 17.89 % con su padre. En la siguiente tabla se presentan todas las respuestas:

**Gráfica 8.** Familiar o persona con la que viven las y los participantes



Así mismo, el 14.38 % llegó a un nivel de educación tecnológica o técnica profesional, el 10.25 % obtuvo un título de pregrado y el 4.77 % completó un posgrado (especialización, maestría o doctorado).

**Gráfica 9.** Nivel de escolaridad completado



### Escolarización y escolaridad avanzada

De acuerdo con la información recolectada, el 24.41 % de las personas cursaron hasta el nivel preescolar o de básica primaria, el 28.20 % cursó hasta básica secundaria (grado noveno) y el 16.03 % alcanzó la educación media o media técnica (undécimo grado).

Al desagregar los datos por localidades se encuentra que San Cristóbal tiene los mayores porcentajes de personas encuestadas que cuentan con nivel académico preescolar (8.04 %) y con básica primaria (29.72 %); La Candelaria tiene el porcentaje más alto de encuestados con básica secundaria (37.04 %);



Engativá tiene el mayor porcentaje de media o bachillerato académico (14.18 %), y Bosa tiene el mayor porcentaje de media técnica o bachillerato técnico (11.85 %).

Adicionalmente, el mayor porcentaje de normalistas se registra en la localidad de Usaquén (3.71 %); el mayor porcentaje de educación técnica profesional está en Chapinero (15.14 %); el mayor porcentaje de

educación tecnológica se registró en San Cristóbal (10.15 %); los mayores porcentajes en los niveles educativos de pregrado (27.87 %), especialización (16 %), maestría (9.94 %) y doctorado (1.9 %) se registraron en la localidad de Teusaquillo, y el mayor porcentaje de personas que manifiestan no haber completado ningún nivel escolar está en la localidad de San Cristóbal (3.16 %).

**Tabla 9.** Nivel escolar según localidad

Localidad	Preescolar	Primaria	Secundaria	Media	Bachiller	Normalista	Técnica	Tecnológico	Profesional	Especialización	Maestría	Doctorado	Ninguno	No contesta
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
La Candelaria	3.94	14.55	37.04	8.38	1.65	0.59	7.94	4.13	11.49	3.86	4.55	0.58	1.3	-
Tunjuelito	1.89	20.95	36.81	7.28	6.28	0.4	13.18	4.99	5.69	0.82	0.71	0.03	0.77	0.2
Usme	5.38	27.92	36.57	7.25	5.26	0.19	5.26	3.37	5.45	0.49	-	-	2.51	0.35
Ciudad Bolívar	2.91	29.72	36.56	8.52	4.41	0.18	8.37	2.7	4.6	0.28	0.51	-	1.24	-
Kennedy	0.7	17.85	33.66	11.93	6.04	0.28	7.34	6.42	11.25	2.39	1.17	-	0.97	-
Rafael Uribe Uribe	4.05	22.26	32.74	11.27	4.76	0.48	5.3	6.04	9.05	1.28	0.47	0.05	2.25	-
Sumapaz	4.67	25.31	31.51	12.2	7.35	-	5.82	1.82	8.79	1.64	0.3	-	0.59	-
Santa Fe	2.83	29.43	29.97	9.83	5.33	0.03	4.46	7.72	4.97	0.91	1.28	-	2.8	0.44
Los Mártires	3.45	22.54	28.61	13.34	5.19	0.5	9.18	4.61	9.11	1.5	1.37	0.17	0.43	-
Fontibón	2.02	17.8	28.25	8.43	3.78	0.76	8.66	9.32	15.22	3.37	1.33	0.18	0.67	0.21
Engativá	1.3	16	27.85	14.18	4.43	0.46	10.96	6.93	12.05	3.09	1.82	0.09	0.83	0.01
Bosa	4.38	22.52	27.21	12.59	11.85	0.21	4.9	5.21	6.38	2.54	0.77	0.47	0.97	-
Suba	2.65	26.14	25.94	7.81	6.54	0.61	7.22	10.15	8.04	3.57	0.52	0.24	0.53	0.04
San Cristóbal	8.04	25.36	25.28	12.13	2.82	0.05	9.21	4.26	7.55	1.62	0.41	-	3.16	0.11
Puente Aranda	1.73	16.95	23.29	7.82	5.39	0.15	9.58	8.56	19.12	3.66	3.55	0.12	0.08	-
Antonio Nariño	2.33	17.62	22.21	10.69	8.54	0.63	8.12	6.47	15.39	4.33	2.85	0.06	0.54	0.22
Barrios Unidos	1.52	13.32	21.5	6.87	11.71	0.06	9.68	6.24	17.47	5.96	2.44	0.03	2.3	0.9
Chapinero	1.32	24.5	19.67	6.48	2.43	0.06	15.14	5.12	12.8	5.97	6.17	-	0.26	0.08
Usaquén	1.24	21.62	18.62	10.67	5.59	3.71	6.6	5.12	14.06	5.96	2.77	1.02	3.01	0.01
Teusaquillo	3.36	2.52	11.5	6.14	3.66	0.88	10.15	5.76	27.87	16	9.84	1.9	0.42	-
Total	2.69	21.72	28.2	10.13	5.9	0.62	7.94	6.44	10.25	3.08	1.46	0.23	1.27	0.07

### Actividad principal

Al consultarles sobre su actividad principal, el 45.12 % de las personas encuestadas manifestaron que en la última semana se

habían dedicado a trabajar; el 19.89 % se había dedicado al cuidado del hogar; el 17.25 % a estudiar; el 5.02 % estuvo buscando trabajo; el





4.84 % se dedicó al cuidado de otros; el 5.14 % se dedicó a otra actividad, y el 2.74 % indicó que tiene incapacidad permanente para trabajar.

La localidad de Chapinero presentó el mayor porcentaje de personas que se encontraba trabajando la semana previa a la encuesta, con 54.18 %; y la localidad de Usme registró el menor porcentaje de estos casos, con 36.06 %. En cuanto a las personas dedicadas al cuidado del hogar, en la localidad de Chapinero se observó el

mayor porcentaje (26.54 %), y en la localidad de Barrios Unidos se registró el menor porcentaje (12.43 %).

El mayor porcentaje de personas que estudian se registró en la localidad de Sumapaz (33.14 %) y el menor porcentaje en la localidad de Chapinero (10.5 %). El mayor porcentaje de personas buscando trabajo estuvo en la localidad de Usme (11.37 %) y el menor en Sumapaz (1.96 %).

**Tabla 10. Actividad principal según localidad**

Localidad	Trabajando	Cuidado del hogar	Estudiando	Buscando trabajo	Cuidando de otros	Incapacidad permanente para trabajar	Otra actividad
	%	%	%	%	%	%	%
Chapinero	54.18	26.54	10.05	2.51	1.93	2.07	2.72
Puente Aranda	50.43	17.02	14.98	4.15	4.85	3.54	5.03
Teusaquillo	49.6	16.72	16.59	2.27	2.49	2.05	10.28
Barrios Unidos	49.31	12.43	18.01	2.85	5.45	4.54	7.41
La Candelaria	48.65	13.61	24.3	3.8	2.74	1.77	5.13
Kennedy	47.73	19.54	17.14	2.81	5.89	1.54	5.35
Fontibón	47.68	19.56	16.68	3.48	5.54	1.93	5.13
Los Mártires	47.04	21.81	15.52	3.44	4.05	3.47	4.67
Tunjuelito	46.35	19.33	19.06	4.44	2.78	2.24	5.8
Suba	46.28	22.63	16.75	3.87	4.24	3.37	2.86
Bosa	45.07	15.73	18.8	7.18	4.74	2.87	5.61
Engativá	44.98	21.06	14.32	5.1	5.44	2.63	6.47
Sumapaz	44.98	17.18	33.14	1.96	0.59	0.3	1.85
Rafael Uribe Uribe	44.46	20.85	18.72	4.32	3.98	3.97	3.7
Antonio Nariño	43.97	16.74	21.35	5.57	5.61	2.45	4.31
Santa Fe	43.81	19.48	14.64	10.95	3.01	4.3	3.81
Usaquén	43.44	17.81	16.23	5.84	4.81	3.08	8.79
Ciudad Bolívar	40.9	19.27	21.07	5.49	6.39	2.54	4.34
San Cristóbal	39.27	20.93	17.81	7.37	5.78	2.82	6.02
Usme	36.06	23.39	20.32	11.37	3.32	2.29	3.25
Total	45.12	19.89	17.25	5.02	4.84	2.74	5.14

Se reportó que el 92.27 % de las niñas y niños entre los 7 y 11 años se dedica a estudiar. Como es de esperarse, el porcentaje de personas que

estudian va disminuyendo a medida que aumenta la edad, por tanto, este porcentaje corresponde al 78.3 % en la población adolescente, al 19.49 %



en la población joven, al 1.6 % en las personas adultas y al 1.15 % en las personas mayores.

En concordancia con lo anterior, las personas adultas presentan el mayor porcentaje de ocupación laboral (61.38 %); en segundo lugar está la población joven (50.98 %); siguen las personas mayores, (26.91 %); las y los adolescentes (7.31 %), y las niñas y niños (0.11 %).

Específicamente, en la población mayor de 60 años se obtuvo los mayores porcentajes de personas que: se dedican al cuidado del hogar (44.23 %); que se dedican a cuidar de otros/as (8.17 %), y que están incapacitadas permanentemente para trabajar (5.09 %).

**Tabla 11.** Ocupación según ciclo vital

Ocupación	Niñas/os (7 - 11 años)	Adolescentes (12 - 17 años)	Jóvenes (18 - 28 años)	Adultas/os (29 - 59 años)	Personas mayores (60 y más años)
Trabajando	0.11	7.31	50.98	61.38	26.91
Cuidado del hogar	0.64	7.55	12.98	18.97	44.23
Estudiando	92.27	78.31	19.49	1.6	1.15
Buscando trabajo	-	0.46	8.41	6.2	1.71
Cuidando de otros	-	0.09	2.59	6.07	8.17
Incapacidad permanente para trabajar	1.02	0.13	2.05	2.87	5.09
Otra actividad	5.96	6.15	3.5	2.91	12.74

En términos de la ocupación según el sexo de las y los participantes en la encuesta, reportaron que se dedican a trabajar: el 55.5 % de los hombres, el 35.79 % de las mujeres y el 15.74 % de las personas intersexuales. Por otro lado, el 29.15 % de las mujeres, el 16.56 % de las personas intersexuales y el 9.74 % de los hombres indicaron que se dedican al cuidado del hogar.

Tanto para los hombres como para las mujeres, la ocupación más frecuente es trabajar (55.5 % y 35.79 % respectivamente), la segunda ocupación más frecuente para los hombres es estudiar (17.20 %) y para las mujeres es el cuidado del hogar (29.15 %). Entre las personas intersexuales las ocupaciones más reportadas fueron: el cuidado de otros (52.99 %), el cuidado del hogar (16.56 %) y trabajar (15.74 %).

**Tabla 12.** Ocupación según sexo

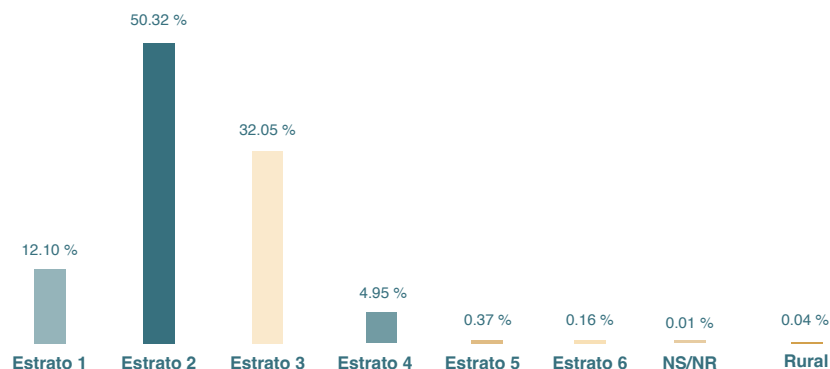
Ocupación	Hombre	Mujer	Intersexual
	%	%	%
Trabajando	55.50	35.79	15.74
Cuidado del hogar	9.74	29.15	16.56
Estudiando	17.20	17.35	7.64
Buscando trabajo	5.50	4.60	2.86
Cuidando de otros	2.29	6.95	52.99
Incapacitado permanente para trabajar	2.62	2.83	3.97
Otra actividad	7.15	3.33	0.24



## Estrato socioeconómico

El 50.32 % de las personas encuestadas pertenecen al estrato 2; el 32.05 % al estrato 3; el 12.1 % al estrato 1; el 4.95 % al estrato 4; el 0.37 % al estrato 5, y el 0.16 % al estrato 6. El 0.01 % no sabe o no responde (NS/NR), y el 0.04 % no tiene estrato asignado.

**Gráfica 10.** Distribución según estrato socioeconómico

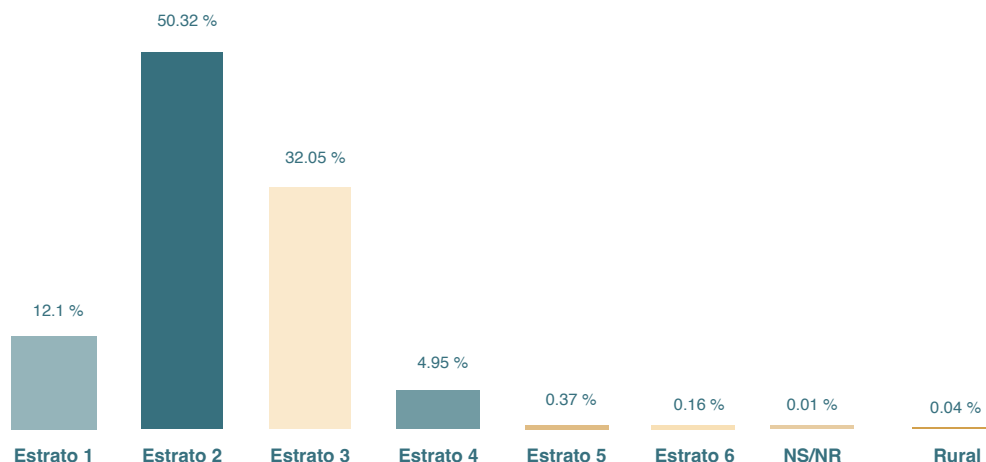


El mayor porcentaje de personas entrevistadas de estrato 1 se registró en la localidad de Ciudad Bolívar (63.8 %); de estrato 2 en la localidad de Bosa (80.68 %); de estrato 3 en Puente Aranda (96.98 %); de estrato 4 y 5 en Teusaquillo (73.54 % y 3.76 % respectivamente),

y de estrato 6 en Chapinero (5.04 %). En cuanto al mayor porcentaje de personas sin estratificación, este se registró en la localidad de Sumapaz (31.2 %).

**Tabla 13.** Distribución de la población encuestada según estrato y localidad

Localidad	Estrato 1	Estrato 2	Estrato 3	Estrato 4	Estrato 5	Estrato 6	NS/NR	Rural
Ciudad Bolívar	63.8	35.8	0.06	0.12	-	0.01	0.01	0.2
Usme	59.45	40.1	0.3	0.02	-	0.01	0.09	0.03
Sumapaz	56.69	6.32	1.2	0.38	0.29	0.27	3.65	31.2
Chapinero	15.01	38.89	17.63	22.92	0.51	5.04	-	-
Santa Fe	12.04	68.97	18.93	0.03	0.03	-	-	-
San Cristóbal	10.85	79.78	9.37	-	-	-	-	-
Rafael Uribe Uribe	9.61	51.44	38.4	0.08	-	0.47	-	-
Bosa	9.36	80.68	9.79	0.06	-	0.11	-	-
La Candelaria	8.55	55.85	35.38	0.22	-	-	-	-
Usaquén	6.72	24.01	47.64	21.05	0.58	-	-	-
Los Mártires	5.74	12.32	79.57	1.63	0.61	0.13	-	-
Suba	4.39	63.86	28.2	2.17	1.32	-	-	0.06
Tunjuelito	3.65	74.59	21.32	0.44	-	-	-	-
Kennedy	1.51	66.93	31.04	0.52	-	-	-	-
Antonio Nariño	0.82	5.77	91.79	1.62	-	-	-	-
Fontibón	0.66	27.34	63.52	8.48	-	-	-	-
Barrios Unidos	0.45	3.87	83.42	11.91	0.33	0.02	-	-
Engativá	0.44	50.5	48.02	0.93	0.03	0.08	-	-
Puente Aranda	0.35	2.03	96.98	0.64	-	-	-	-
Teusaquillo	0.12	0.6	21.82	73.54	3.76	0.16	-	-
<b>Total</b>	<b>12.1</b>	<b>50.32</b>	<b>32.05</b>	<b>4.95</b>	<b>0.37</b>	<b>0.16</b>	<b>0.01</b>	<b>0.04</b>


**Gráfica 11. Distribución según estrato socioeconómico**


### Pertenencia étnica

El 87.08 % de la población encuestada manifestó que no pertenece a una etnia; el 7.29 % reportó pertenencia a la etnia negra, mulata, afrodescendiente o afrocolombiana; el 5.36 % se reconoció como indígena; el 0.14 % como raizal

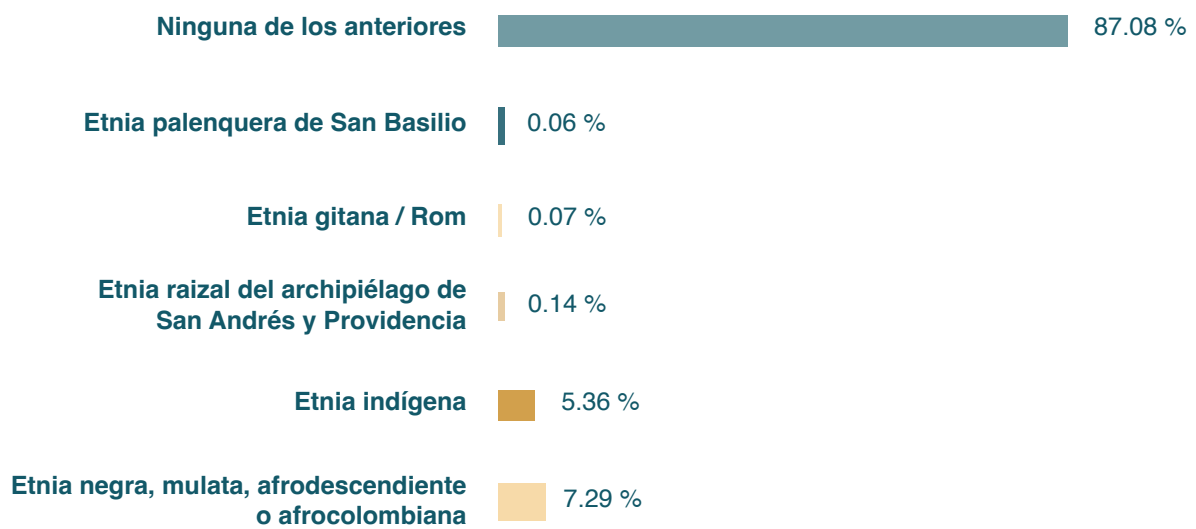
del archipiélago de San Andrés y Providencia; el 0.07 % como gitana / Rom, y el 0.06 % como palenquera. Estos datos se desagregan por localidades en la tabla 14.

**Tabla 14. Distribución de la población según pertenencia étnica y localidad**

Localidad	Etnia negra, mulata, afrodescendiente o afrocolombiana	Etnia indígena	Etnia raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia	Etnia gitana / Rom	Etnia palenquera de San Basilio	Ninguna de los anteriores
Usaquén	8.31	5.88	0.3	-	-	85.51
Chapinero	12.9	12.21	0.02	0.08	-	74.79
Santa Fe	7.08	6.22	-	0.07	0.4	86.23
San Cristóbal	6.32	3.8	0.01	0.51	-	89.36
Usme	6.45	5.51	0.06	-	-	87.98
Tunjuelito	6.75	6.67	0.03	0.1	-	86.45
Bosa	8.19	5.44	0.08	0.15	-	86.14
Kennedy	6.8	5.81	0.34	-	-	87.05
Fontibón	8.23	4.43	0.27	0.25	0.2	86.62
Engativá	5.91	2.35	-	-	0.43	91.31
Suba	9.8	7.18	-	-	-	83.02
Barrios Unidos	4.17	3.19	0.79	0.01	-	91.84
Teusaquillo	2.99	2.46	0.13	0.02	0.01	94.39
Los Mártires	7.69	6.47	0.02	0.03	-	85.79
Antonio Nariño	8	4.2	-	0.36	-	87.44
Puente Aranda	4.03	5.03	0.33	0.19	-	90.42
La Candelaria	9.64	7.79	0.31	0.21	-	82.05
Rafael Uribe Uribe	5.66	2.7	0.21	-	-	91.43
Ciudad Bolívar	6.01	6.26	0.09	-	-	87.64
Sumapaz	8.53	3.12	-	-	-	88.35
<b>Total</b>	<b>7.29</b>	<b>5.36</b>	<b>0.14</b>	<b>0.07</b>	<b>0.06</b>	<b>87.08</b>



**Gráfica 12.** Distribución según pertenencia étnica



# Capítulo 1

Señales de alerta de las  
afecciones por salud mental





## 1. Calidad de vida – satisfacción

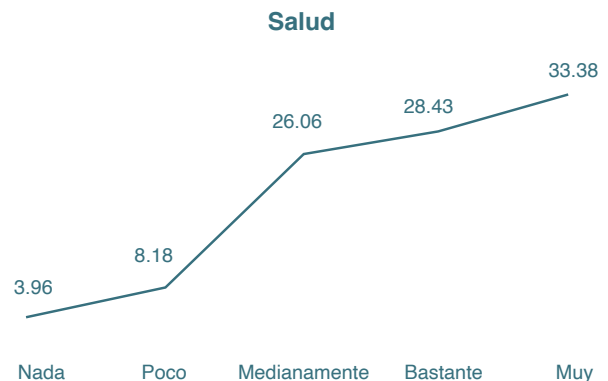
El análisis de esta sección se sustenta en los indicadores de satisfacción, desarrollados en el Cuestionario sobre Calidad de Vida: Satisfacción y Placer (Q-LES-Q, *Quality of Life: Enjoyment and Satisfaction Questionnaire*). Este cuestionario se aplicó a las personas adolescentes (12 a 17 años), jóvenes (18 a 28 años), adultas (19 a 59 años) y mayores (60 y más años), indagando acerca de su nivel de satisfacción (nada, poco, medianamente, bastante y muy satisfecha) durante la semana previa a la encuesta, con respecto a los siguientes aspectos:

- ▶ Salud
- ▶ Estado de ánimo
- ▶ Tareas domésticas
- ▶ Trabajo o estudio
- ▶ Relaciones interpersonales y sociales
- ▶ Relaciones familiares
- ▶ Actividades de descanso y diversión
- ▶ Capacidad para desempeñarse en la vida diaria
- ▶ Situación económica
- ▶ Bienestar general
- ▶ Nivel de satisfacción con su vida durante la última semana

### 1.1. Total de la población

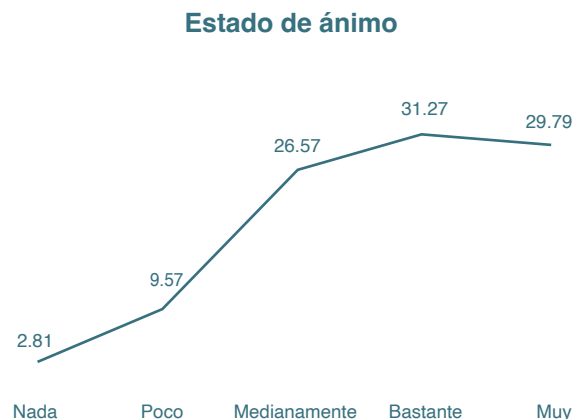
Respecto a su **salud**, el 33.38 % de la población encuestada manifestó que se sentía “muy satisfecha”; 28.43 % reportó sentirse “bastante satisfecha”; 26.06 % reportó sentirse “medianamente satisfecha”, 8.18 % indicó estar “poco satisfecha” y 3.96 % indicó estar “nada satisfecha”. En síntesis: el 12.14 % de la población percibe que tiene problemas de salud, el 26.06 % se siente medianamente bien con su salud, y el 61.81 % percibe que su salud es buena o bastante buena.

Gráfica 13. Q-LES-Q Salud



En lo concerniente al nivel de **satisfacción con su estado de ánimo**, 61.06 % de las personas se sienten “bastante satisfechas” o “muy satisfechas”, 26.57 % se sienten “medianamente satisfechas” y 12.38 % están “poco o nada satisfechas”.

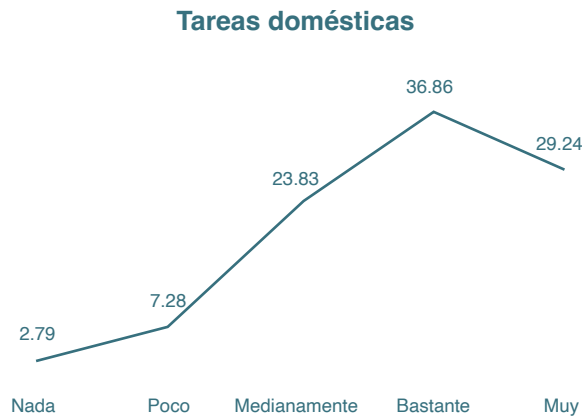
Gráfica 14. Q-LES-Q Estado de ánimo



En relación con sus **tareas domésticas**, el 10.07 % de las personas se sienten “poco o nada satisfechas”, el 23.83 % se sienten “medianamente satisfechas”, y el 66.1 % “bastante o muy satisfechas”.

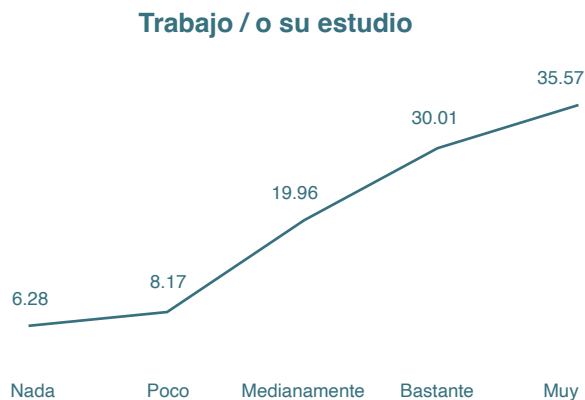


**Gráfica 15. Q-LES-Q Tareas domésticas**



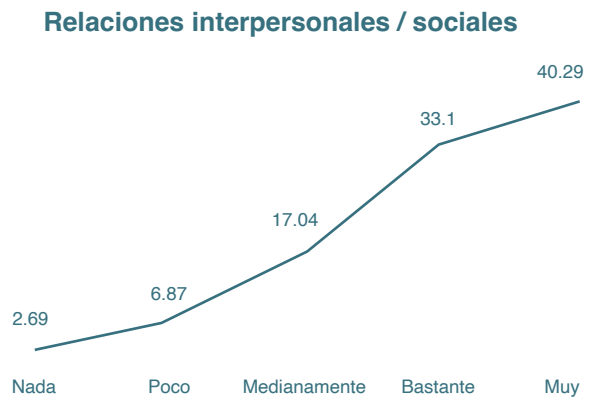
Sobre su **trabajo o estudio**, el 65.58 % de las personas reportaron sentirse “bastante o muy satisfechas”, el 19.96 % reportaron sentirse “medianamente satisfechas”, y el 14.45 % indicaron que se sentían “poco o nada satisfechas”.

**Gráfica 16. Q-LES-Q Trabajo y/o estudio**



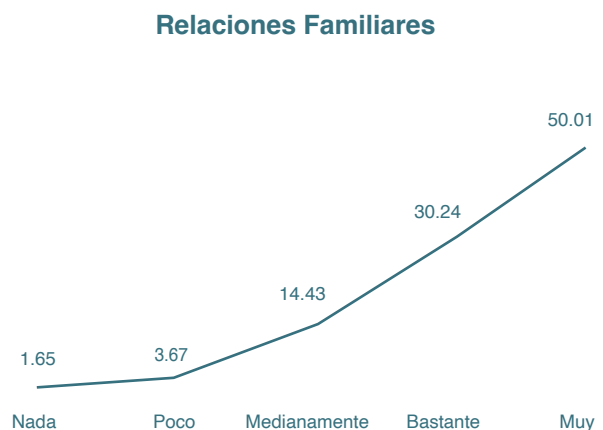
Frente a sus **relaciones interpersonales y sociales**, el 73.4 % de las personas encuestadas expresaron sentirse “bastante o muy satisfechas”, el 17.04 % reportaron estar “medianamente satisfechas”, y el 9.56 % reportaron estar “poco o nada satisfechas”.

**Gráfica 17. Q-LES-Q Relaciones interpersonales y sociales**



Particularmente sobre las **relaciones familiares**, el 5.32 % de las personas encuestadas manifiestan estar “poco o nada satisfechas”, 14.43 % “medianamente satisfechas” y 80.25 % “bastante o muy satisfechas”.

**Gráfica 18. Q-LES-Q Relaciones familiares**



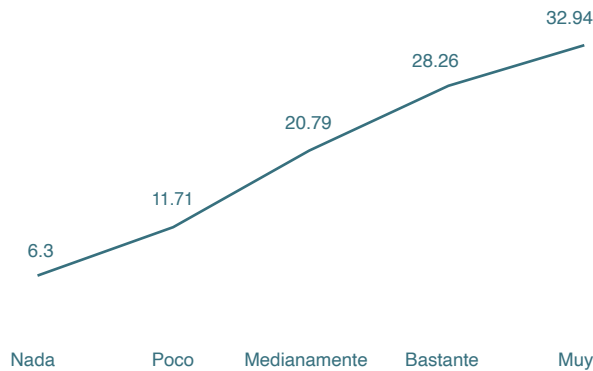
Las **actividades de descanso y diversión** son “bastante o muy satisfactorias” para el 61.2 % de las y los participantes, para el 20.79 % son “medianamente satisfactorias”, y para el 18.01 % son “poco o nada satisfactorias”.





**Gráfica 19. Q-LES-Q Actividades de descanso y diversión**

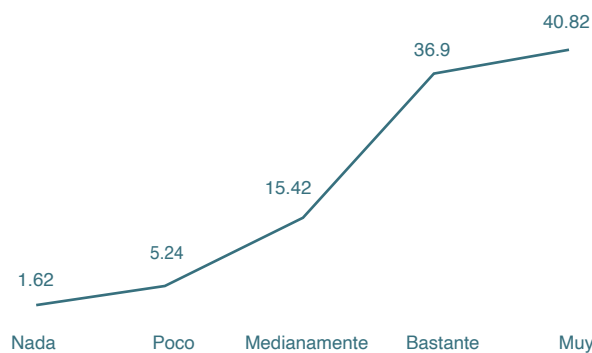
**Actividades de descanso y diversión**



En materia de su **capacidad para desempeñarse en la vida diaria**, el 77.72 % de participantes están “bastante o muy satisfechos”, 15.42 % se sienten “medianamente satisfechos”, y 6.86 % están “poco o nada satisfechos”.

**Gráfica 20. Q-LES-Q Capacidad para desempeñarse en la vida diaria**

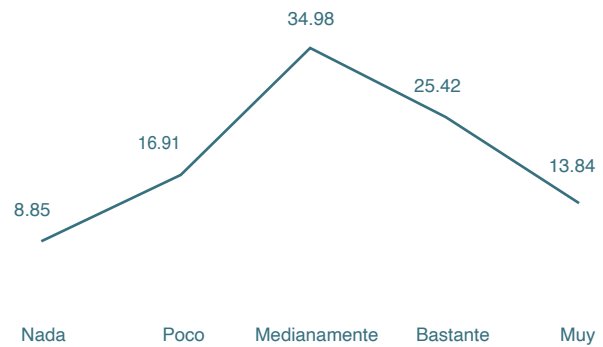
**Capacidad para desempeñarse en la vida diaria**



Al referirse a su **situación económica**, el 39.26 % indicó sentirse “bastante o muy satisfecho”, el 34.98 % respondió que estaba “medianamente satisfecho”, y el 25.76 % se encuentra “nada o poco satisfecho”.

**Gráfica 21. Q-LES-Q Situación económica**

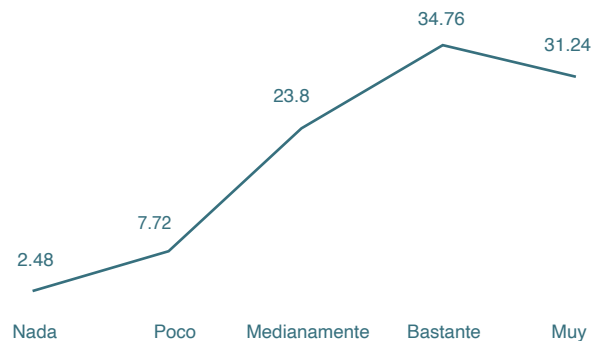
**Situación económica**



Sobre el nivel de satisfacción con su **bienestar general**, el 66% de personas encuestadas respondieron estar “bastante o muy satisfechas”, 23.8 % respondieron “medianamente satisfechas”, y 10.2 % respondieron “poco o nada satisfechas”.

**Gráfica 22. Q-LES-Q Bienestar general**

**Bienestar general**



Finalmente, en torno a la **satisfacción general con su vida** durante la semana previa a la encuesta, se registró un 67.63 % de personas “muy o bastante satisfechas”, 23.8 % de personas “medianamente satisfechas”, y 9.1 % de personas “poco o nada satisfechas”.



### Gráfica 23. Q-LES-Q Satisfacción general durante la última semana

Satisfacción general durante la última semanal

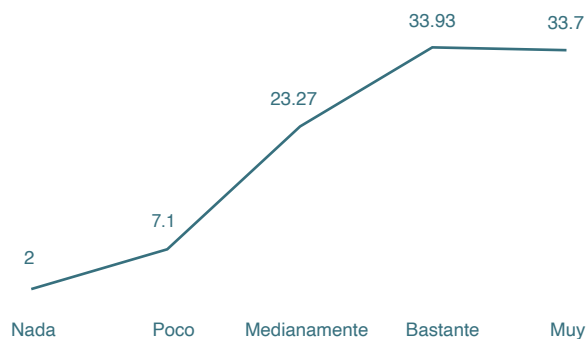


Tabla 15. Niveles de satisfacción - total población

Indicador	Nivel de satisfacción									
	Nada		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Salud	3.96	3.05 – 5.14	8.18	7.34 – 9.1	26.06	24.19 – 28.01	28.43	26.54 – 30.39	33.38	31.24 – 35.58
Estado de ánimo	2.81	2.2 – 3.56	9.57	8.49 – 10.76	26.57	24.82 – 28.4	31.27	29.57 – 33.02	29.79	27.62 – 32.06
Tareas domésticas	2.79	2.08 – 3.74	7.28	6.29 – 8.4	23.83	22.02 – 25.74	36.86	34.85 – 38.91	29.24	27.05 – 31.54
Trabajo y/o estudio	6.28	5.42 – 7.27	8.17	7.34 – 9.08	19.96	18.5 – 21.51	30.01	28.14 – 31.96	35.57	33.28 – 37.93
Relaciones interpersonales y sociales	2.69	2.1 – 3.43	6.87	5.84 – 8.06	17.04	15.63 – 18.56	33.11	31.16 – 35.12	40.29	37.99 – 42.64
Relaciones amiliares	1.65	1.24 – 2.17	3.67	3.04 – 4.42	14.43	12.86 – 16.16	30.24	28.47 – 32.07	50.01	47.94 – 52.08
Actividades de descanso y diversión	6.3	4.92 – 8.04	11.71	10.39 – 13.17	20.79	19.17 – 22.51	28.26	26.28 – 30.32	32.94	30.69 – 35.28
Capacidad para desempeñarse en la vida diaria	1.62	1.3 – 2.02	5.24	4.29 – 6.38	15.42	14.19 – 16.75	36.9	35.1 – 38.73	40.82	38.75 – 42.92
Situación económica	8.85	7.65 – 10.22	16.91	15.37 – 18.58	34.98	32.71 – 37.33	25.42	23.78 – 27.13	13.84	12.63 – 15.14
Bienestar general	2.48	1.85 – 3.31	7.72	6.75 – 8.82	23.8	22.17 – 25.51	34.76	32.76 – 36.82	31.24	29.03 – 33.53
Nivel de satisfacción con su vida durante la última semana	2	1.58 – 2.53	7.1	5.82 – 8.64	23.27	21.69 – 24.93	33.93	32.05 – 35.85	33.7	31.39 – 36.08



## 1.2. Género

Con respecto a la satisfacción sobre su salud, los hombres reportaron un nivel mucho mayor que las mujeres y las personas intersexuales; se sienten “muy satisfechos” el 41.07 % de los hombres, el 26.51 % de las mujeres y el 6.36 % de las personas intersexuales; además, se sienten “bastante o muy satisfechos” el 71.53 % de los hombres, el 53.18 % de las mujeres y el 15.1 % de las personas intersexuales.

Las mujeres fueron las que más seleccionaron la opción “medianamente satisfecha/o”, con el 31.89 %; les siguieron las personas intersexuales, con el 21.99 %, y los hombres, con el 19.67 %.

Las opciones “nada satisfecha/o” o “poco satisfecha/o” las seleccionaron el 62.92 % de las personas intersexuales, el 14.93 % de las mujeres y el 8.81 % de los hombres.

De acuerdo con el sexo de las y los respondientes la tabla 16 presenta los resultados de los indicadores: salud, estado de ánimo, tareas domésticas, trabajo o estudio, relaciones interpersonales y sociales, relaciones familiares, actividades de descanso y diversión, capacidad para desempeñarse en la vida diaria, situación económica, bienestar general y nivel de satisfacción general con la vida.

**Tabla 16. Niveles de satisfacción por género**

Indicador	Genero	Nivel satisfacción									
		Nada		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho	
		%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Salud	Hombre	3.52	2.21 – 5.56	5.29	4.32 – 6.46	19.67	17.23 – 22.35	30.46	27.67 – 33.4	41.07	37.42 – 44.82
	Mujer	4.11	3.13 – 5.38	10.82	9.56 – 12.22	31.89	29.25 – 34.66	26.67	24.54 – 28.92	26.51	24.39 – 28.74
	Intersexual	56.95	17.92 – 88.91	5.96	1.12 – 26.14	21.99	5.33 – 58.54	8.74	1.78 – 33.67	6.36	1.44 – 24.02
Estado de ánimo	Hombre	2.22	1.36 – 3.59	6.11	4.93 – 7.54	22.28	19.74 – 25.04	32.73	30.03 – 35.55	36.66	32.87 – 40.62
	Mujer	3.31	2.55 – 4.3	12.74	11.28 – 14.36	30.25	27.99 – 32.62	30.02	27.73 – 32.43	23.67	21.56 – 25.92
	Intersexual	7.61	1.49 – 30.9	4.29	0.79 – 20.22	72.73	35.65 – 92.77	13.86	2.63 - 49	1.51	0.19 – 11.18
Tareas domésticas	Hombre	1.72	1.17 – 2.51	5.49	4.02 – 7.45	20.3	17.81 – 23.03	39	35.99 – 42.09	33.5	29.83 – 37.38
	Mujer	3.77	2.55 – 5.53	8.92	7.69 – 10.32	27.1	24.73 – 29.61	34.75	32.18 – 37.41	25.46	23.33 – 27.72
	Intersexual	3.46	0.4 – 24.15	4.03	0.51 – 25.57	11.78	1.93 – 47.59	70.58	32.88 – 92.15	10.15	2.45 – 33.65
Trabajo y/o estudio	Hombre	5.55	4.22 – 7.26	6.4	5.38 – 7.61	18.42	16.03 – 21.08	29.39	26.79 – 32.13	40.24	36.56 – 44.03
	Mujer	6.95	5.95 – 8.1	9.55	8.33 – 10.94	21.36	19.52 – 23.32	30.72	28.38 – 33.15	31.42	29.04 – 33.91
	Intersexual	6.88	1.32 – 28.97	53.13	14.49 – 88.35	21.92	5.15 – 59.22	1.87	0.37 – 8.98	16.19	4.53 – 44.06
Relaciones interpersonales y sociales	Hombre	2.24	1.43 – 3.5	5.92	4.47 – 7.8	14.98	12.96 – 17.26	32.46	29.59 – 35.47	44.4	40.77 – 48.09
	Mujer	3.07	2.27 – 4.12	7.46	6.19 – 8.96	18.98	17.15 – 20.95	33.76	31.36 – 36.25	36.73	34.03 – 39.53
	Intersexual	7.37	1.42 – 30.46	63.73	24.96 – 90.27	5.29	1.2 – 20.41	19.14	4.36 – 55.14	4.47	1.06 – 16.96



Indicador	Genero	Nivel satisfacción									
		Nada		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho	
		%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Relaciones familiares	Hombre	1.01	0.73 – 1.4	3.39	2.39 – 4.8	12.3	10.25 – 14.7	29.63	26.93 – 32.47	53.67	50.25 – 57.06
	Mujer	2.21	1.52 – 3.2	3.95	3.24 – 4.8	16.12	14.17 – 18.28	30.85	28.8 – 32.99	46.87	44.59 – 49.16
	Intersexual	4.01	0.5 – 25.63	0.07	0.02 – 0.26	66.48	28.97 – 90.6	18.61	5.15 – 49.03	10.83	2.72 – 34.58
Actividades de descanso y diversión	Hombre	3.61	2.4 – 5.39	9.08	7.16 – 11.43	17.77	15.61 – 20.15	31.75	28.67 – 35	37.8	34.1 – 41.65
	Mujer	8.75	6.52 – 11.64	13.88	12.38 – 15.53	23.54	21.45 – 25.78	25.16	22.91 – 27.55	28.67	26.5 – 30.93
	Intersexual	7.37	1.42 – 30.46	58.1	19.03 – 89.1	19.11	4.27 – 55.61	11.45	2.91 – 35.87	3.97	0.95 – 15.14
Capacidad para desempeñarse en la vida diaria	Hombre	1.46	1.01 – 2.1	4.03	2.64 – 6.12	12.95	11.21 – 14.91	35.34	32.39 – 38.4	46.22	42.66 – 49.83
	Mujer	1.74	1.31 – 2.32	6.12	5.09 – 7.33	17.7	15.96 – 19.58	38.41	36.07 – 40.81	36.03	33.84 – 38.28
	Intersexual	7.48	1.44 – 30.85	49.52	11.58 – 88.02	10.54	1.52 – 47.37	18.15	4.77 – 49.56	14.31	3.73 – 41.89
Situación económica	Hombre	7.68	6.32 – 9.3	13.91	11.85 – 16.25	34.42	30.66 – 38.39	27.77	25.04 – 30.68	16.22	14.23 – 18.43
	Mujer	9.64	7.95 – 11.65	19.7	17.77 – 21.78	35.57	33.05 – 38.17	23.37	21.31 – 25.57	11.72	10.26 – 13.36
	Intersexual	66.19	28.39 – 90.63	6.37	1.11 – 29.23	19.42	5.1 – 51.93	4.89	1.07 – 19.65	3.13	0.58 – 15.08
Bienestar general	Hombre	2.18	1.25 – 3.78	5.92	4.66 – 7.48	20.73	18.18 – 23.53	34.91	31.99 – 37.95	36.27	32.63 – 40.07
	Mujer	2.49	1.95 – 3.17	9.36	7.87 – 11.1	26.66	24.53 – 28.9	34.7	32.05 – 37.45	26.79	24.28 – 29.46
	Intersexual	57	17.96 – 88.92	9.29	1.11 – 48.22	10.16	2.26 – 35.57	20.61	5.59 – 53.23	2.94	0.59 – 13.31
Nivel de satisfacción con su vida durante la última semana	Hombre	1.37	0.91 – 2.07	5.45	3.7 – 7.97	18.93	16.65 – 21.43	35.92	33 – 38.95	38.33	34.62 – 42.18
	Mujer	2.3	1.82 – 2.91	8.64	7.13 – 10.43	27.29	25.09 – 29.61	32.17	29.72 – 34.72	29.6	26.85 – 32.49
	Intersexual	57	17.96 – 88.92			10.92	1.65 – 47.18	21.24	5.74 – 54.44	10.84	2.62 – 35.47

### 1.3. Curso de vida

La clasificación de los grupos etarios se realizó en consonancia con el concepto del Ministerio de Salud y Protección Social sobre el curso de vida (45), en el cual cobran especial significado: la trayectoria, la transición, los momentos significativos o sucesos vitales, la ventana de oportunidad y los efectos acumulativos

relacionados con los distintos momentos que atraviesan las personas a lo largo de su vida. En este sentido, se definieron los siguientes momentos del curso de vida: niñez (7-11 años), adolescencia (12-17 años), juventud (18-28 años), adultez (29-59 años) y vejez: (60 y más años). Específicamente para el análisis de este



capítulo, se tendrán en cuenta los momentos a partir de la adolescencia.

La tabla 17 presenta los resultados de los indicadores: salud, estado de ánimo, tareas domésticas, trabajo y/o estudio, relaciones interpersonales y sociales, relaciones familiares,

actividades de descanso y diversión, capacidad para desempeñarse en la vida diaria, situación económica, bienestar general y nivel de satisfacción con su vida durante la última semana según curso de vida.

**Tabla 17. Niveles de satisfacción por curso de vida**

Nivel satisfacción											
Indicador	Momento	Nada		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho	
		%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Salud	Adolescencia	0.85	0.32 - 2.26	2.24	1.28 - 3.89	19.15	12.38 - 28.42	33.75	27.05 - 41.18	44	36.68 - 51.6
	Juventud	1.48	0.81 - 2.69	6.29	4.84 - 8.13	19.44	16.64 - 22.59	33.8	30.1 - 37.7	38.99	34.82 - 43.33
	Adulthood	4.68	3.37 - 6.47	8.06	6.9 - 9.39	28.79	25.68 - 32.11	26.85	24.09 - 29.8	31.62	28.16 - 35.3
	Vejez	6.36	3.9 - 10.22	13.65	10.98 - 16.84	29.45	26.67 - 32.38	23.97	21.38 - 26.76	26.58	22.85 - 30.68
Estado de ánimo	Adolescencia	1.18	0.47 - 2.97	5.54	3.69 - 8.24	29.57	21.92 - 38.58	26.96	21.65 - 33.02	36.75	29.92 - 44.15
	Juventud	1.87	1.12 - 3.11	7.22	5.77 - 9.01	28.63	25 - 32.56	35.39	31.62 - 39.35	26.89	23.04 - 31.12
	Adulthood	3.23	2.23 - 4.66	10.37	8.56 - 12.5	25.92	23.46 - 28.53	31.14	28.54 - 33.85	29.35	25.98 - 32.96
	Vejez	3.47	2.68 - 4.5	12.01	9.49 - 15.08	24.54	21.87 - 27.41	28.77	25.58 - 32.18	31.21	27.31 - 35.41
Tareas domésticas	Adolescencia	2.9	1.21 - 6.83	8.91	5.34 - 14.51	24.17	17.11 - 32.98	39.89	32.94 - 47.28	24.12	18.58 - 30.7
	Juventud	1.04	0.65 - 1.68	5.16	3.93 - 6.73	23.83	20.63 - 27.35	41.43	37.32 - 45.67	28.54	24.85 - 32.55
	Adulthood	3.37	2.18 - 5.17	6.89	5.67 - 8.35	24.57	21.92 - 27.43	35.78	32.93 - 38.74	29.39	25.96 - 33.07
	Vejez	3.19	2.31 - 4.4	10.15	7.13 - 14.26	21.53	19 - 24.29	33.01	29.55 - 36.68	32.12	28.17 - 36.34
Trabajo y/o estudio	Adolescencia	1.86	0.8 - 4.24	3.88	2.35 - 6.33	29.03	21.38 - 38.11	27.93	22.1 - 34.62	37.3	30.41 - 44.74
	Juventud	4.32	3.15 - 5.89	7.85	6.29 - 9.75	16.99	14.4 - 19.94	34.21	30.4 - 38.23	36.63	32.52 - 40.95
	Adulthood	6.32	5.31 - 7.5	8.46	7.2 - 9.92	19.47	17.42 - 21.69	29.73	26.94 - 32.68	36.03	32.43 - 39.79
	Vejez	10.67	7.8 - 14.44	9.75	7.63 - 12.39	20.63	18.23 - 23.25	26.78	23.53 - 30.29	32.17	28.33 - 36.26
Relaciones interpersonales y sociales	Adolescencia	2.5	1.09 - 5.63	5.6	3.72 - 8.36	19.42	14.29 - 25.84	31.83	24.61 - 40.05	40.64	33.39 - 48.31
	Juventud	1.94	1.16 - 3.21	6.65	5.09 - 8.64	19.91	16.66 - 23.61	33.32	29.51 - 37.36	38.19	34.27 - 42.28
	Adulthood	2.69	1.86 - 3.87	6.88	5.44 - 8.67	15.46	13.58 - 17.55	33.36	30.56 - 36.28	41.61	37.99 - 45.33
	Vejez	3.67	2.17 - 6.12	7.71	4.97 - 11.77	17.01	14.72 - 19.59	32.75	29.46 - 36.23	38.86	34.91 - 42.96
Relaciones familiares	Adolescencia	0.6	0.21 - 1.72	1.64	0.86 - 3.1	12.68	8.6 - 18.3	24.54	19.53 - 30.34	60.55	53.58 - 67.11
	Juventud	0.88	0.53 - 1.45	3.11	2.31 - 4.17	13.72	10.71 - 17.4	34.19	30.28 - 38.32	48.12	43.98 - 52.28
	Adulthood	2.1	1.41 - 3.13	3.67	2.85 - 4.73	15.1	12.79 - 17.73	28.96	26.54 - 31.51	50.17	47 - 53.34
	Vejez	1.77	1.25 - 2.49	5.33	3.68 - 7.64	14.21	11.86 - 16.95	31.91	28.14 - 35.94	46.78	42.76 - 50.84



Nivel satisfacción											
Indicador	Momento	Nada		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho	
		%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Actividades de descanso y diversión	Adolescencia	1.1	0.47 - 2.53	8.6	3.37 - 20.28	15.43	10.71 - 21.71	22.92	18.21 - 28.42	51.95	44.23 - 59.59
	Juventud	3.42	2.42 - 4.81	9.46	7.76 - 11.49	19.36	16.52 - 22.55	32.7	28.48 - 37.23	35.06	31.47 - 38.83
	Adulthood	8.28	5.99 - 11.34	12.57	10.9 - 14.45	22.45	20.03 - 25.08	27.19	24.34 - 30.23	29.52	25.96 - 33.34
	Vejez	6.57	4.74 - 9.05	13.42	10.29 - 17.33	20.29	17.75 - 23.09	28.55	25.25 - 32.09	31.16	27.45 - 35.14
Capacidad para desempeñarse en la vida diaria	Adolescencia	1.07	0.36 - 3.13	10.36	4.5 - 22.07	16.9	12.34 - 22.72	38.5	31.53 - 45.98	33.16	26.67 - 40.37
	Juventud	0.41	0.24 - 0.7	3.37	2.35 - 4.79	16.4	13.72 - 19.49	39.97	36.17 - 43.9	39.86	35.7 - 44.16
	Adulthood	1.75	1.23 - 2.47	4.06	3.13 - 5.24	13.15	11.49 - 15.01	36.64	33.87 - 39.5	44.41	41.25 - 47.61
	Vejez	2.99	2.29 - 3.88	8.44	6.62 - 10.7	20.08	17.35 - 23.12	33.18	29.25 - 37.37	35.31	31.43 - 39.4
Situación económica	Adolescencia	4.32	2.45 - 7.5	8.71	5.23 - 14.16	30.15	22.64 - 38.89	33.77	27.45 - 40.73	23.05	17.14 - 30.25
	Juventud	4.74	3.66 - 6.13	14.96	12.41 - 17.92	35.51	31.63 - 39.59	29.82	26.04 - 33.9	14.96	12.25 - 18.16
	Adulthood	9.38	7.57 - 11.57	18.53	16.27 - 21.03	36.15	32.68 - 39.77	23.55	21.26 - 26	12.4	10.86 - 14.11
	Vejez	14.45	12.04 - 17.24	18.52	15.21 - 22.36	33.32	30.08 - 36.72	21.5	17.95 - 25.53	12.21	10.14 - 14.64
Bienestar general	Adolescencia	0.5	0.13 - 1.88	3.54	1.24 - 9.68	16.63	10.2 - 25.94	29.4	23.96 - 35.48	49.94	42.23 - 57.64
	Juventud	0.44	0.25 - 0.79	5.05	3.81 - 6.67	21.58	18.55 - 24.96	39.73	35.76 - 43.83	33.2	29.28 - 37.36
	Adulthood	2.75	2.02 - 3.73	7.79	6.48 - 9.33	25.02	22.51 - 27.71	35.34	32.39 - 38.41	29.1	25.55 - 32.93
	Vejez	5.1	2.8 - 9.12	12.75	10.13 - 15.91	26.38	23.54 - 29.44	29.71	26.42 - 33.22	26.06	22.35 - 30.15
Nivel de satisfacción con su vida durante la última semana	Adolescencia	0.22	0.05 - 1.02	8.26	2.9 - 21.33	13.4	10.11 - 17.54	34.39	28.14 - 41.22	43.74	36.62 - 51.13
	Juventud	0.95	0.52 - 1.74	3.77	2.82 - 5.03	25.07	21.57 - 28.94	37.64	33.75 - 41.71	32.56	28.8 - 36.55
	Adulthood	2.42	1.73 - 3.38	6.78	5.17 - 8.85	23.67	21.22 - 26.3	33.69	30.94 - 36.55	33.44	29.64 - 37.47
	Vejez	2.89	2.01 - 4.15	11.47	8.15 - 15.9	24.71	21.82 - 27.83	29.92	26.86 - 33.17	31.02	27.19 - 35.12

#### 1.4. Estrato socioeconómico

Entre los resultados se obtuvo que respecto a la salud, se sienten “nada satisfechas” con su salud: el 5.5 % de las personas de estrato 1; el 4.2 % de las personas del estrato 2; el 3.59 % de las personas en estrato 3; el 1.6 % de las personas en zona rural; el 0.82 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 5.35 % de las personas que no saben o no responden (NS/NR) sobre su estrato. Cabe mencionar, que para el análisis de esta variable se agruparon los estratos 4, 5 y 6.

Como muestra la gráfica 18, la opción “poco satisfecha/o” la seleccionó: el 10.15 % de la población encuestada en estrato 1; el 8.86 % de la población en estrato 2; el 7.36 % en estrato 3; el 6.84 % de la población que no tiene estrato, y el 2.84 % de la población en estratos 4, 5 y 6.

Se sienten “medianamente satisfechas”: 27.47 % de las personas en estrato 2; 26.01 % de las



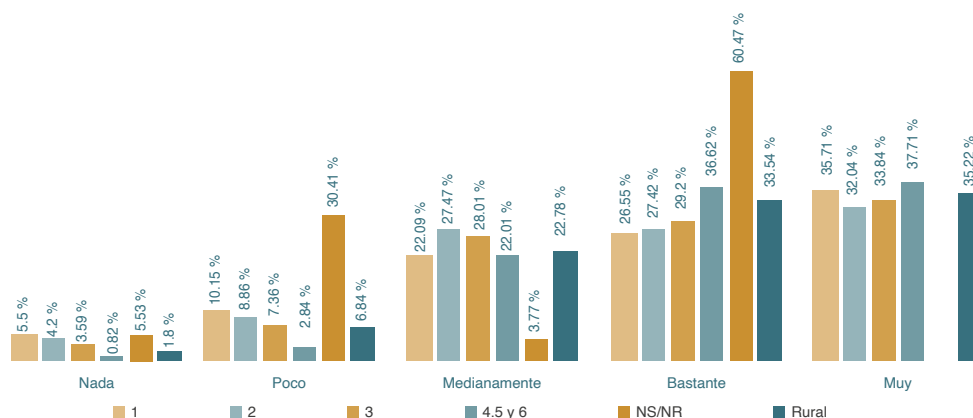
personas en estrato 3; 22.79 % de las personas en zona rural; 22.09 % de las personas en estrato 1; 22.01 % de las personas en estrato 4, 5 y 6, y 3.77 % de las personas que NS/NR sobre su estrato.

En cuanto a las personas que dijeron sentirse “muy satisfechas” con su salud, estas representaron el 37.71 % de las personas en los estratos 4, 5 y 6; el 35.71 % de las personas en estrato 1; el 35.22 % de las personas en zona

rural; el 33.84 % de las personas en estrato 3, y el 32.04 % de las personas en estrato 2.

Al agrupar los niveles de “bastante satisfechos” y “muy satisfechos” con su salud, esa percepción se expresa de la siguiente manera: 74.33 % en estratos 4, 5 y 6; 68.76 % de personas en zona rural; 63.04 % en estrato 3; 62.26 % en estrato 1; 60.47 % que NS/NR sobre su estrato, y 59.46 % en estrato 2.

**Gráfica 24. Nivel satisfacción con su salud – estrato socioeconómico**



La tabla 18 muestra los resultados, según el estrato socioeconómico, de los indicadores: salud, estado de ánimo, tareas domésticas, trabajo y/o estudio, relaciones interpersonales y sociales, relaciones familiares, actividades

de descanso y diversión, capacidad para desempeñarse en la vida diaria, situación económica, bienestar general y nivel de satisfacción con su vida durante la semana previa a la encuesta.

**Tabla 18. Nivel de satisfacción – estrato socioeconómico**

Nivel satisfacción											
Indicador	Estrato	Nada		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho	
		%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Salud	1	5.5	2.66 - 11.02	10.15	7.87 - 13	22.09	17.58 - 27.37	26.55	22.59 - 30.93	35.71	31.34 - 40.33
	2	4.2	3.02 - 5.83	8.86	7.61 - 10.28	27.47	24.93 - 30.17	27.42	25.04 - 29.94	32.04	29.63 - 34.55
	3	3.59	2.18 - 5.86	7.36	5.91 - 9.14	26.01	23.06 - 29.19	29.2	26.08 - 32.52	33.84	29.01 - 39.03
	4.5 y 6	0.82	0.31 - 2.13	2.84	1.62 - 4.93	22.01	16.59 - 28.61	36.62	24.55 - 50.64	37.71	27.88 - 48.66
	NS/NR	5.35	2.5 - 11.06	30.41	18.58 - 45.55	3.77	1.03 - 12.83	60.47	47.12 - 72.43	-	-
	Rural	1.6	0.46 - 5.46	6.84	4.39 - 10.52	22.79	16.39 - 30.76	33.54	27.14 - 40.61	35.22	29.56 - 41.34



Nivel satisfacción											
Indicador	Estrato	Nada		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho	
		%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Estado de ánimo	1	3.38	2.24 - 5.06	10.52	8.31 - 13.23	30.53	24.97 - 36.71	26.87	22.64 - 31.55	28.71	22.6 - 35.71
	2	3.36	2.33 - 4.83	9.94	8.51 - 11.58	26.62	24.28 - 29.1	32.18	29.69 - 34.77	27.9	25.72 - 30.2
	3	2.13	1.62 - 2.79	9.42	7.6 - 11.61	24.78	22.02 - 27.77	30.58	27.42 - 33.94	33.1	28.1 - 38.5
	4.5 y 6	0.59	0.3 - 1.14	5.27	2.94 - 9.27	28.25	19.56 - 38.94	36.15	27.8 - 45.43	29.75	23.95 - 36.29
	NS/NR	8.97	5.89 - 13.42	13.64	8.78 - 20.6	6.9	2.97 - 15.23	60.47	49.42 - 70.55	10.02	4.05 - 22.72
	Rural	2.17	0.92 - 5.01	4.95	2.97 - 8.13	20.76	14.66 - 28.55	30.6	22.87 - 39.6	41.53	32.87 - 50.73
Tareas domésticas	1	3.91	2.33 - 6.5	9.31	6.87 - 12.49	26.22	20.88 - 32.36	34.18	27.63 - 41.4	26.39	22.31 - 30.91
	2	2.8	1.65 - 4.71	7.14	5.88 - 8.66	23.83	21.22 - 26.65	37.82	35.17 - 40.55	28.41	26.08 - 30.85
	3	2.57	1.82 - 3.61	7.36	5.42 - 9.9	22.88	20.09 - 25.92	35.56	32.09 - 39.2	31.63	26.78 - 36.93
	4.5 y 6	1.73	0.72 - 4.09	3.84	2.09 - 6.96	24.39	15.53 - 36.14	41.22	34.22 - 48.61	28.82	20.5 - 38.87
	NS/NR	3.28	1.01 - 10.15	3.62	1.49 - 8.51	40.56	30.04 - 52.01	35.73	20.57 - 54.4	16.81	10.41 - 26.01
	Rural	3.31	1.69 - 6.4	9.94	5.24 - 18.04	13.15	10.02 - 17.07	30.88	25.1 - 37.34	42.72	36.87 - 48.77
Trabajo y/o estudio	1	8.76	6.75 - 11.29	9.57	7.34 - 12.41	20.75	16.34 - 25.97	28.41	21.92 - 35.93	32.51	26.89 - 38.69
	2	6.57	5.54 - 7.78	8.74	7.47 - 10.21	21.81	19.52 - 24.29	28	25.53 - 30.62	34.87	32.32 - 37.51
	3	5.72	4.04 - 8.02	7.31	6.03 - 8.84	17.93	15.72 - 20.37	32.44	29.24 - 35.83	36.6	31.84 - 41.63
	4.5 y 6	1.95	1.07 - 3.52	5.06	2.95 - 8.56	13.75	10.08 - 18.48	37.16	28.61 - 46.58	42.09	31.45 - 53.51
	NS/NR	-	-	25.71	10.11 - 51.58	45.97	33.61 - 58.85	11.55	5.62 - 22.27	16.76	6.59 - 36.52
	Rural	1.63	0.63 - 4.2	8.84	4.24 - 17.5	14.74	10.23 - 20.76	28.17	22.13 - 35.12	46.62	39.92 - 53.45
Relaciones interpersonales y sociales	1	3.29	2.06 - 5.22	8.23	5.98 - 11.23	15.77	12.68 - 19.46	32.94	27.23 - 39.21	39.77	33.18 - 46.75
	2	2.81	1.92 - 4.09	7.63	6.24 - 9.3	17.42	15.43 - 19.62	32.51	30.11 - 35.01	39.63	36.86 - 42.46
	3	2.55	1.65 - 3.93	6.09	4.19 - 8.77	17.96	15.35 - 20.91	32.19	28.7 - 35.89	41.2	36.63 - 45.94
	4.5 y 6	1.16	0.4 - 3.3	1.84	1.03 - 3.29	11.14	8.12 - 15.08	43.88	35.43 - 52.71	41.98	34.95 - 49.34
	NS/NR	16.42	7.91 - 31.02	-	-	25.73	19.43 - 33.23	33.1	16.04 - 56.18	24.74	16.29 - 35.71
	Rural	2.63	1.26 - 5.4	4.16	2.18 - 7.8	9.25	5.47 - 15.24	23.47	18.08 - 29.89	60.48	53.06 - 67.45
Relaciones familiares	1	2.16	1.32 - 3.52	4.74	3.32 - 6.73	17.18	12.42 - 23.29	29.31	24.93 - 34.12	46.61	41.62 - 51.66
	2	1.64	1.02 - 2.62	4.19	3.11 - 5.62	13.38	11.31 - 15.75	29.74	27.46 - 32.11	51.06	48.42 - 53.7
	3	1.69	1.15 - 2.47	2.71	1.97 - 3.71	14.3	11.92 - 17.07	31.67	28.22 - 35.33	49.63	45.21 - 54.05
	4.5 y 6	0.45	0.23 - 0.91	2.37	1.3 - 4.28	18.85	10.33 - 31.89	28.52	23.73 - 33.83	49.81	38.57 - 61.07
	NS/NR	3.28	1.01 - 10.15	-	-	5.84	2.55 - 12.83	50.75	36.86 - 64.52	40.13	26.49 - 55.5
	Rural	1.87	0.94 - 3.71	13.68	8.36 - 21.59	5.17	3.52 - 7.54	18.45	13.69 - 24.39	60.82	53.45 - 67.74
Actividades de descanso y diversión	1	10.59	6.35 - 17.17	10.91	8.34 - 14.14	18.57	15.18 - 22.51	24.41	20.21 - 29.17	35.52	30.88 - 40.45
	2	7.21	5.21 - 9.89	12.34	10.49 - 14.46	22.37	19.9 - 25.05	26.06	23.63 - 28.66	32.02	29.45 - 34.71
	3	4.05	3.12 - 5.25	12.08	9.81 - 14.79	19.92	17.45 - 22.64	29.67	26.27 - 33.31	34.28	29.51 - 39.39
	4.5 y 6	2.38	1.05 - 5.3	5.67	3.46 - 9.17	16.41	12.18 - 21.75	47.34	36.1 - 58.86	28.19	21.03 - 36.65
	NS/NR	13.64	8.78 - 20.6	-	-	19.03	12.52 - 27.86	32.95	16.84 - 54.4	34.37	18.32 - 55.01
	Rural	2.1	0.95 - 4.57	15.5	10.46 - 22.35	13.27	8.84 - 19.44	20.77	15.84 - 26.75	48.37	41.45 - 55.36





Nivel satisfacción											
Indicador	Estrato	Nada		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho	
		%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Capacidad para desempeñarse en la vida diaria	1	2.18	1.35 - 3.5	5.53	3.82 - 7.94	16.56	13.41 - 20.28	32.99	28.92 - 37.33	42.74	37.58 - 48.07
	2	1.79	1.3 - 2.45	6.53	4.86 - 8.72	14.72	13.04 - 16.59	37.95	35.47 - 40.49	39.01	36.47 - 41.6
	3	1.22	0.86 - 1.71	3.86	3.06 - 4.86	16.48	14.09 - 19.19	35.01	31.4 - 38.8	43.43	38.81 - 48.17
	4.5 y 6	1.34	0.31 - 5.61	1.09	0.47 - 2.48	13.3	9.01 - 19.19	46.3	37.27 - 55.57	37.98	31.41 - 45.02
	NS/NR	3.62	1.49 - 8.51	3.28	1.01 - 10.15	35.96	23.11 - 51.18	52.49	36.14 - 68.33	4.65	1.44 - 14.01
	Rural	0.46	0.15 - 1.41	3.32	1.8 - 6.03	9.44	6.83 - 12.91	33.39	27.75 - 39.56	53.39	47.15 - 59.52
Situación económica	1	12.49	8.7 - 17.6	21.8	17.14 - 27.31	31.61	26.31 - 37.44	21.04	16.97 - 25.78	13.06	9.84 - 17.14
	2	9.79	7.81 - 12.22	18.37	16.33 - 20.61	34.93	32.28 - 37.69	23.74	21.58 - 26.05	13.16	11.59 - 14.9
	3	7.24	5.97 - 8.75	14.66	12.26 - 17.43	36.63	31.87 - 41.67	27.21	24.11 - 30.54	14.27	12.07 - 16.79
	4.5 y 6	2.32	1.38 - 3.89	6.9	3.54 - 13.01	33	26.31 - 40.46	38.88	32.26 - 45.93	18.91	13.71 - 25.5
	NS/NR	17.26	12.37 - 23.58	25.71	10.02 - 51.82	49.09	32.27 - 66.12	7.93	3.31 - 17.84	-	-
	Rural	16.87	10.75 - 25.47	16.07	11.52 - 21.96	25.18	19.92 - 31.28	23.9	17.47 - 31.77	17.99	12.68 - 24.89
Bienestar general	1	3.33	2.31 - 4.77	12.62	8.76 - 17.86	24.64	20.11 - 29.82	27.87	23.45 - 32.77	31.54	25.21 - 38.63
	2	2.54	1.83 - 3.53	8.13	6.66 - 9.89	24.82	22.7 - 27.06	34.06	31.65 - 36.55	30.45	27.85 - 33.18
	3	2.47	1.24 - 4.87	6.39	5.16 - 7.88	22.55	19.71 - 25.66	36.06	32.17 - 40.15	32.53	27.58 - 37.91
	4.5 y 6	0.21	0.1 - 0.47	1.72	0.88 - 3.34	20.29	14.93 - 26.96	47.64	38.78 - 56.64	30.14	24.52 - 36.43
	NS/NR	3.28	1.01 - 10.15	13.64	8.78 - 20.6	19.03	12.52 - 27.86	42.63	27.79 - 58.92	21.42	10.35 - 39.15
	Rural	7.89	3.82 - 15.6	4.54	3.13 - 6.53	13.06	8.8 - 18.94	33.97	26.96 - 41.77	40.54	33.16 - 48.37
Nivel de satisfacción con su vida durante la última semana	1	3.34	2.21 - 5	6.81	4.76 - 9.64	25.3	20.56 - 30.71	26.99	22.8 - 31.63	37.57	31 - 44.63
	2	2.49	1.77 - 3.49	7.64	5.86 - 9.9	23.71	21.63 - 25.91	33.1	30.81 - 35.48	33.07	30.49 - 35.75
	3	1.02	0.77 - 1.36	7.21	5.22 - 9.89	23.46	20.69 - 26.49	35.22	31.61 - 39.01	33.08	28.29 - 38.24
	4.5 y 6	0.54	0.27 - 1.07	2.41	1.24 - 4.66	14.33	10.28 - 19.62	47.97	38.21 - 57.89	34.75	27.36 - 42.96
	NS/NR	-	-	7.05	2.79 - 16.73	22.95	17.54 - 29.45	42.18	24.44 - 62.2	27.81	12.58 - 50.78
	Rural	1.53	0.57 - 4.07	3.08	1.65 - 5.67	18.6	12.56 - 26.67	24.11	19.29 - 29.69	52.68	45.98 - 59.28

### 1.5. Localidades

En las localidades de Sumapaz (76.11 %), Chapinero (71.38 %) y Teusaquillo (70.45 %) se encuentran los porcentajes más altos de las personas que se sienten “bastante satisfechas” y “muy satisfechas” con su salud. En Kennedy (58.18 %), Antonio Nariño (58.04 %) y Usme (57.82 %) se encuentran los menores porcentajes.

En las localidades de Kennedy (29.88 %), Usaqué (29.5 %) y Bosa (28.34 %) se registran

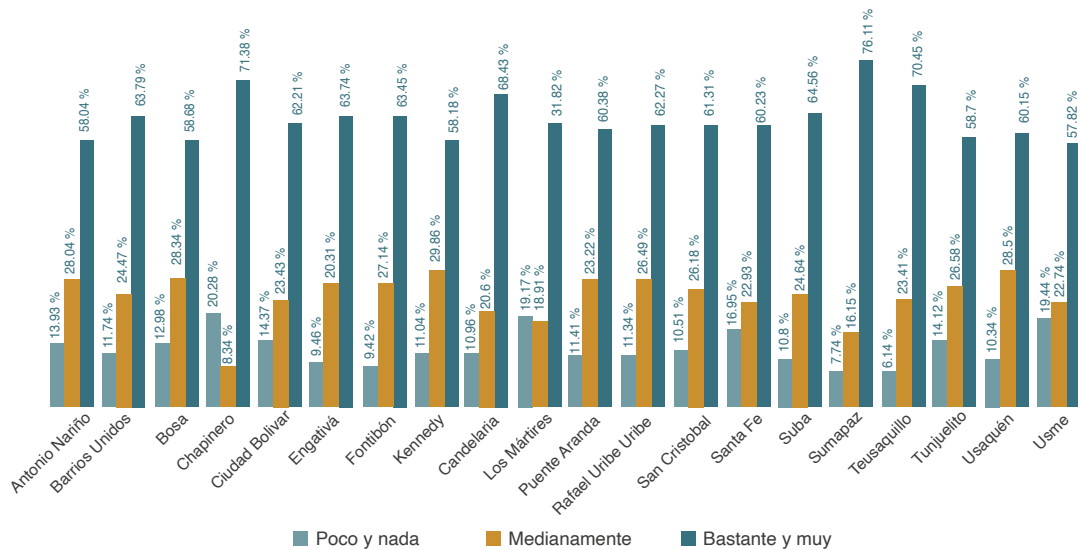
los porcentajes más altos de las personas que se sienten “medianamente satisfechas” con su salud, mientras que los porcentajes más bajos de esta opción de respuesta se presentan en las localidades de Los Mártires (18.91 %), Sumapaz (16.16 %) y Chapinero (8.34 %).

En cuanto a las personas que se sienten “nada satisfechas” y “poco satisfechas” con su salud, los mayores porcentajes están en las localidades



de Chapinero (20.28 %), Usme (19.44 %) y Los Mártires (19.17 %); mientras que los menores están en las localidades de Fontibón (9.42 %), Sumapaz (7.74 %) y Teusaquillo (6.14 %).

**Gráfica 25. Nivel satisfacción con su salud – localidades**



La tabla 19 permite visualizar los resultados, de acuerdo con la localidad de residencia de las y los respondientes, de los indicadores: salud, estado de ánimo, tareas domésticas, trabajo o estudio, relaciones interpersonales y sociales,

relaciones familiares, actividades de descanso y diversión, capacidad para desempeñarse en la vida diaria, situación económica, bienestar general y nivel de satisfacción con su vida durante la semana previa a la encuesta.



Tabla 19. Niveles de satisfacción - localidades

Indicador	Nivel de satisfacción	Antonio Nariño	Barrios Unidos	Bosa	Chapinero	Ciudad Bolívar	Engativá	Fontibón	Kennedy	La Candelaria	Los Mártires	Puente Aranda	Rafael Uribe Uribe	San Cristóbal	Santa Fe	Suba	Sumapaz	Teusaquillo	Tunjuelito	Usaquén	Usme
Salud	Nada	5.04	7.03	5.31	13.5	6.08	2.79	1.68	2.86	2.21	4.45	4.73	3.56	3.5	4.38	3.89	0.97	2.38	4.82	1.83	4.14
	Poco	8.89	4.71	7.67	6.78	8.29	6.67	7.74	9.08	8.75	14.72	6.68	7.68	9.01	12.57	6.91	6.77	3.76	9.9	8.51	15.3
	Medianamente	28.04	24.47	28.34	8.34	23.43	26.81	27.14	29.88	20.6	18.91	28.22	26.49	26.18	22.83	24.64	16.16	23.41	26.58	29.5	22.74
	Bastante	25.46	39.02	23.5	46.05	29.58	31.53	30.55	29.89	35.68	28.95	37.42	29.64	25.58	23.76	23.48	36.8	40.64	28.83	25.23	22.78
	Muy	32.58	24.77	35.18	25.33	32.63	32.21	32.9	28.29	32.75	32.97	22.96	32.63	35.73	36.47	41.08	39.31	29.81	29.87	34.92	35.04
Estado de ánimo	Nada	4.85	3.29	3.48	1.19	3.3	1.45	2.95	3.99	2.56	2.7	4.54	1.57	2.47	6.59	2.84	2.22	1.13	2.22	1.22	3.25
	Poco	8.83	8.66	8.43	3.75	8.65	7.67	7.06	11.03	10.07	14.05	7.45	12.9	10.16	11.29	9.46	7	8.38	12.08	10.21	14.18
	Medianamente	30.14	21.8	27.28	33.51	35.14	25.25	21.86	27.93	27.49	28.14	34.33	23.71	24.7	30.05	23.44	16.74	26.26	26.9	27.28	21.13
	Bastante	29.19	36.9	33.98	21.53	28.99	34.52	35.71	32.37	37.04	27.24	32.99	35.5	34.66	24.28	22.85	37.74	40.08	32.54	33.35	32.29
	Muy	26.99	29.35	26.82	40.01	23.93	31.1	32.43	24.68	22.83	27.87	20.69	26.33	28.01	27.79	41.42	36.29	24.16	26.26	27.94	29.15
Tareas domésticas	Nada	2.79	1.2	8.03	0.82	2.46	2.06	1.99	2.3	1.58	6.88	1.74	2.58	2.4	3.81	1.93	2.81	1.82	3.71	2.61	2.54
	Poco	6.6	7.8	4.29	15.78	9.8	4.74	7.53	7.32	7.65	5.99	8.9	7.54	6.02	7.21	6.69	2.83	6.94	11.93	8.38	8.22
	Medianamente	25.51	17.06	25.08	27.95	26.82	27.84	21.75	25.97	19.38	20.01	27.02	23.62	24.63	20.02	20.81	17.93	23.29	20.34	19.23	23.33
	Bastante	36.52	46.88	30.3	33.03	32.67	35.63	41.94	37.04	41.18	34.44	39.28	37.67	33.4	36.15	38.67	41.69	44.47	38.4	41.1	34.86
	Muy	28.59	27.05	32.31	22.41	28.25	29.72	26.8	27.36	30.21	32.67	23.06	28.6	33.55	32.8	31.9	34.74	23.48	25.61	28.67	31.05
Trabajo y/o estudio	Nada	5.19	8.82	6.61	16.73	5.57	5.87	2.29	5.42	2.96	7.96	4.31	7.83	5.87	11.99	6.5	1.43	2.73	7.52	5.32	8.91
	Poco	8.08	9.23	10.89	3.89	8.35	8	5.8	6.49	6.15	11.67	7.76	5.75	7.74	11.04	8.53	5.37	8.94	8.69	8.09	11.94
	Medianamente	23.97	14.31	20.76	19.63	21.44	20.09	18.09	24.83	20.69	16.27	23.02	21.01	24.18	18.16	16.49	15.43	18.92	16.91	16.8	18.72
	Bastante	29.74	26.59	26.62	35.15	26.55	26.51	39.73	32.74	34.85	29.99	35.15	34.64	30.29	25.36	25.2	35.78	37.72	37.68	32.61	28.56
	Muy	33.02	41.05	35.12	24.61	38.09	39.53	34.1	30.52	35.35	34.1	29.75	30.77	31.92	33.45	43.28	41.99	31.68	29.19	37.18	31.88
Relaciones interpersonales y sociales	Nada	2.58	1.56	2.51	0.65	3.87	3.2	1.55	4.27	2.55	2.97	1.9	2.42	2.27	6.37	2.28	3.2	1.23	1.65	2.18	1.78
	Poco	6.37	5.35	7.78	14.79	8.07	5.71	3.47	6.41	5.06	6.47	6.82	9.21	7.46	6.28	5.36	2.55	1.87	8.9	8.6	8.88
	Medianamente	21.72	15.35	14.98	8.61	16.67	16.08	16.99	18.53	18.28	15.53	16.82	18.71	16.35	18.52	17.35	13.11	17.29	23.82	17.39	17.59
	Bastante	36.9	43.52	28.86	35.02	33.83	30.37	36.83	37.06	35.38	31.36	41.76	35.66	31.4	31.27	29.68	33.56	43.18	30.09	30.2	32.09
	Muy	32.44	34.21	45.87	40.93	37.56	44.65	41.16	33.74	38.72	43.67	32.71	34	42.52	37.55	45.33	47.6	36.43	35.54	41.63	39.66



Indicador	Nivel de satisfacción	Antonio Nariño	Barrios Unidos	Bosa	Chapinero	Ciudad Bolívar	Engativá	Fontibón	Kennedy	La Candelaria	Los Mártires	Puente Aranda	Rafael Uribe Uribe	San Cristóbal	Santa Fe	Suba	Sumapaz	Teusaquillo	Tunjuelito	Usaquén	Usme
Relaciones familiares	Nada	3.33	3.12	2.23	0.45	1.43	0.9	0.46	1.73	2.03	1.68	2.63	1.32	2.3	3.02	1.9	2.04	0.96	1.53	0.97	2.33
	Poco	4.04	2.91	4.28	1.46	3.56	2.13	3.39	6.11	3.73	2.84	3.75	2.7	5.16	5.25	2.47	1.99	1.64	2.95	3.49	5.91
	Mediana-mente	16.76	20.27	14.29	21.64	15.93	14.99	12.89	15.88	11.67	7.72	11.71	17.94	10.49	11.81	11.8	7.09	15.95	17.29	15.44	12.54
	Bastante	36.12	33.93	27.3	34.74	31.29	28.59	31.14	28.55	31.56	31.59	43.25	30.46	31.79	27.27	28.41	28.77	36.8	36.87	30.91	25.08
	Muy	39.76	39.77	51.89	41.72	47.78	53.39	52.12	47.72	51	56.17	38.66	47.58	50.26	52.65	55.42	60.11	44.65	41.35	49.19	54.15
Actividades de descanso diversión	Nada	6.24	7.73	12.03	2.03	9.79	3.31	3.52	10.42	5.8	4.81	4.35	7.36	4.97	6.81	4.14	2.79	2.1	5.51	2.7	7.05
	Poco	12.8	9.58	14.07	17.34	11.08	7.79	13.35	14.41	11.32	14.15	13.46	13.15	9.1	14.38	10.46	9.37	7.44	15.74	9.37	12.59
	Mediana-mente	22.95	20.71	15.82	14.07	21.09	19.55	20.86	22.24	20.82	20.49	23.31	22.04	22.36	21.03	21.92	16.01	22.59	17.49	21.8	21.65
	Bastante	24.67	26.64	25.14	42.24	24.29	32.88	32.44	24.97	28.15	25.73	28.39	23.83	26.12	26.77	29.3	25.15	40.29	30.37	31.72	21.54
	Muy	33.35	35.33	32.94	24.31	33.74	36.48	29.83	27.96	33.91	34.81	30.5	33.62	37.45	31.01	34.18	46.68	27.57	30.9	34.41	37.17
Capacidad para desempeñarse en la vida diaria	Nada	3.06	1.07	3.01	0.5	1.97	1.28	1.44	1.19	2.04	0.72	1.49	1.06	2.17	3.16	1.16	1.1	0.96	1.03	2.23	2.12
	Poco	7.15	8.62	6.85	1.47	6	3.53	4.25	6.41	3.21	4.1	4.91	7.2	4.77	6.37	4.27	1.97	1.33	7.25	6.12	4.25
	Mediana-mente	13.59	16.7	13.86	5.83	16.8	13.67	17.94	18.82	11.9	17.31	16.74	18.74	12.02	15.15	11.92	12.44	16.67	15.02	17.73	19.55
	Bastante	39.14	32.37	31.88	56.12	32.49	41.67	36.86	35.14	41.57	32.33	41.84	36.21	39.37	35.72	35.22	41.94	42.49	44.16	37.97	33.8
	Muy	37.07	41.23	44.4	36.08	42.75	39.85	39.52	38.45	41.27	45.54	35.03	36.79	41.66	39.6	47.43	42.55	38.56	32.54	35.95	40.28
Situación económica	Nada	10.03	9.56	13.04	2.94	12.47	8.55	5.28	9.87	4.98	8.17	11.14	9.04	7.5	10.86	5.99	6.81	3.24	14.45	6.75	11.7
	Poco	14.13	13.24	18.89	21.68	17.34	11.57	14.47	20.91	15.4	26.22	14.32	17.1	17.39	22.48	17.07	10.43	7.63	18.02	16.76	16.98
	Mediana-mente	34.63	34.12	30.16	30.36	35.09	36.11	37.97	31.76	30.55	31.02	33.89	32.91	37.59	37.09	38.39	27.21	36.01	33.39	36.44	36.49
	Bastante	25.3	22.96	25.01	21.32	20.18	29.78	27.99	24.46	29.62	21.41	28.16	25.95	23.93	18.07	25.97	33.58	38.68	22.64	28.14	18.71
	Muy	15.91	20.11	12.89	23.69	14.92	14	14.29	12.99	19.44	13.18	12.5	14.99	13.59	11.49	12.57	21.98	14.45	11.5	11.91	16.11
Bienestar general	Nada	3.22	1.87	3.44	13.13	3.68	1.73	1.9	1.62	2.4	2.57	1.62	2.4	1.96	4.69	2.25	1.06	1.09	2.47	1.12	2.51
	Poco	8.07	5.93	9.55	3.34	9.03	5.35	5.64	10.29	7.43	6.69	7.41	9.14	6.25	8.3	7.46	2.55	2.15	7.67	5.97	12.08
	Mediana-mente	22.31	21.66	19.7	13.27	24.64	24.51	23.11	28.2	21.33	29.37	24.27	23.08	23.45	25.39	21.64	19.17	22.37	24.73	27.03	25.22
	Bastante	39.82	40.59	26.65	39.41	33.53	32.1	44.2	34.46	41.41	29	42.19	33.98	38.53	32.8	32.75	39.5	50.81	39.2	37.74	28.64
	Muy	26.57	29.95	40.65	30.85	29.13	36.3	25.15	25.44	27.43	32.37	24.5	31.4	29.8	28.83	35.91	37.72	23.59	25.93	28.15	31.56
Satisfacción con su vida	Nada	1.19	1.88	4.61	1.53	3.32	0.81	0.79	0.87	2.07	3.31	1.8	1.9	2.26	4.07	2.18	0.67	1.05	1.46	1.11	3.04
	Poco	8.96	5.96	6.46	13.89	7.46	4.38	7.43	14.07	5.2	8.24	4.19	5.31	5.51	6.13	6.07	3.34	2.77	7.89	3.95	6.76
	Mediana-mente	20.96	19.25	18.94	13.39	24.1	23.9	20.74	25.47	21.26	23.58	27.29	25.57	23.79	26.28	24.15	11.83	22.28	21.73	21.72	26.51
	Bastante	40.33	39.48	27.41	39.58	34.9	33.57	41.48	34.88	42.72	29.84	41.93	34.99	34.75	33.52	27.92	37.2	47.1	40.08	36.61	28.6
	Muy	28.57	33.44	42.58	31.6	30.22	37.34	29.56	24.72	28.74	35.02	24.79	32.23	33.69	30	39.68	46.96	26.8	28.83	36.6	35.09



## 2. Bienestar subjetivo

El sentimiento de felicidad se asocia al bienestar emocional. La Escala de Bienestar Subjetivo se refiere a la medida en que una persona cree o siente que, en general, su vida va bien; implica la evaluación subjetiva de su calidad de vida, es decir, desde su propia perspectiva (46).

A nivel general, la encuesta arrojó que el 50.54 % de la población se siente “feliz” o “muy feliz”, el 42.18 % “medianamente feliz”, y el 7.28 % “poco o nada feliz”.

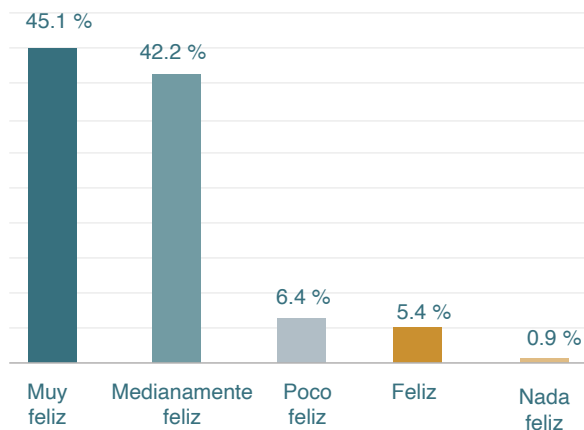
**Tabla 20.** Sentimiento de felicidad - total población

Sentimiento de felicidad	%	IC
Nada feliz	0.9	0.7 – 1.17
Poco feliz	6.38	5.27 – 7.71
Medianamente feliz	42.18	40.16 – 44.22
Feliz	5.43	4.61 – 6.39
Muy feliz	45.11	43.01 – 47.22

### 2.1. Sexo

El sentimiento de felicidad es mayor en los hombres que en los demás sexos. El 49.95 % de los hombres manifestaron que son “muy felices”, mientras que en las mujeres este porcentaje fue de 40.9 %, y en las personas intersexuales de 4.03 %. Estas diferencias son estadísticamente significativas, mientras que no lo son en los porcentajes de la respuesta “nada feliz”, con el

**Gráfica 26.** Sentimiento de felicidad - total población



4.01 % de las personas intersexuales, el 0.9 % de los hombres, y el 0.89 % de las mujeres.

La respuesta que más eligieron las mujeres y las personas intersexuales a la pregunta por el sentimiento de felicidad fue “medianamente feliz” (45.37 % y 85.45 % respectivamente), y la que más eligieron los hombres fue “muy feliz” (49.95 %).

**Tabla 21.** Sentimiento de felicidad según sexo

Sexo	Nada Feliz		Poco Feliz		Medianamente Feliz		Feliz		Muy feliz	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hombre	0.9	0.61 - 1.34	5.46	3.61 - 8.17	38.44	35.28 - 41.7	5.25	4.14 - 6.64	49.95	46.36 - 53.54
Mujer	0.89	0.64 - 1.23	7.23	6.15 - 8.47	45.37	42.88 - 47.88	5.62	4.43 - 7.12	40.9	38.41 - 43.43
Persona intersexual	4.01	0.5 - 25.63	6.5	1.25 - 27.57	85.45	58.54 - 96.07	0	0 - 0	4.03	0.97 - 15.32



## 2.2. Ciclo vital

Los adultos registran el porcentaje más alto en la respuesta “muy feliz” (51.1 %), les siguen las personas mayores (49.22 %), y los jóvenes (45.31 %), mientras que ninguna persona adolescente seleccionó esta opción. Quienes con mayor frecuencia se sienten “nada felices” son las personas mayores (1.65 %), seguidas de los adultos (1 %) y los jóvenes (0.4 %); las y los adolescentes tampoco registraron respuestas en este nivel. En cuanto a la respuesta “medianamente felices”, la población joven fue la que más la seleccionó (49.9 %),

seguida de la población adulta (41.56 %), las personas mayores (40.79 %), y la población adolescente (29.42 %).

En síntesis, se sienten “poco o nada felices” el 10 % de las personas mayores, el 7.56 % de los adolescentes, el 7.34 % de los adultos y el 4.79 % de los jóvenes; y se sienten “felices o muy felices” el 63.02 % de los adolescentes, el 51.1 % de los adultos, el 49.22 % de las personas mayores y el 45.31 % de los jóvenes.

**Tabla 22.** Sentimiento de felicidad por curso de vida

Momento del curso de vida	Nada feliz		Poco feliz		Medianamente feliz		Feliz		Muy feliz	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Adolescencia	-	-	7.56	2.6 - 20.04	29.42	23.41 - 36.24	63.02	54.74 - 70.59	-	-
Juventud	0.4	0.14 - 1.18	4.39	3.21 - 5.97	49.9	45.66 - 54.14	-	-	45.31	41.22 - 49.46
Adulthood	1	0.71 - 1.41	6.34	5 - 8.01	41.56	38.53 - 44.65	-	-	51.1	47.88 - 54.31
Vejez	1.65	1.12 - 2.43	8.35	5.65 - 12.17	40.79	37.28 - 44.4	-	-	49.22	45.25 - 53.19

## 2.3. Estrato socioeconómico

Manifiestan ser “felices o muy felices”: el 67.92 % de las personas del área rural; el 57.49 % de las personas que NS/NR acerca de su estrato; el 52.3 % de las personas en estrato 1; el 51.7 % de las personas en estratos 4,5 y 6; el 51.11 % en estrato 2, y el 48.78 % de las personas en estrato 3.

Quienes manifiestan sentirse “medianamente felices” son: el 45.48 % de las personas en estrato 4,5 y 6; el 45.34 % de las personas en estrato 3; el 40.5 % de las personas en estrato

2; el 39.06 % de las personas en estrato 1; el 25.59 % de las personas que NS/NR sobre su estrato, y el 25.45 % de las personas del área rural.

Las opciones de respuesta “poco feliz” o “nada feliz” las seleccionaron: el 16.92 % de las personas que NS/NR sobre su estrato; el 8.64 % de las personas en estrato 1; el 8.39 % de las personas en estrato 2; el 6.63 % de las personas del área rural; el 5.88 % de las personas en estrato 3, y el 2.83 % de las personas en estratos 4,5 y 6.

**Tabla 23.** Sentimiento de felicidad por estrato socioeconómico

Estrato	Nada Feliz		Poco Feliz		Medianamente Feliz		Feliz		Muy Feliz	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	2.18	1.25 - 3.77	6.46	4.65 - 8.9	39.06	33.18 - 45.28	8.28	5.33 - 12.67	44.02	38.71 - 49.47
2	0.93	0.64 - 1.34	7.46	5.71 - 9.69	40.5	37.86 - 43.19	5.48	4.4 - 6.81	45.63	42.86 - 48.44
3	0.47	0.31 - 0.7	5.41	3.77 - 7.7	45.34	41.21 - 49.54	4.86	3.57 - 6.58	43.92	39.29 - 48.66
4.5 y 6	0.52	0.16 - 1.72	2.31	1.14 - 4.62	45.48	36.9 - 54.33	2.36	0.95 - 5.73	49.34	40.79 - 57.93
NS/NR	3.28	1.01 - 10.15	13.64	8.78 - 20.6	25.59	16.5 - 37.45	23.16	8.82 - 48.44	34.33	18.4 - 54.77
Rural	1.38	0.68 - 2.76	5.25	2.93 - 9.23	25.45	19.53 - 32.44	16.13	10.26 - 24.45	51.79	44.92 - 58.6

La percepción de felicidad en los estratos 1 a 6 es bastante similar y responde a la tendencia general, concentrando la mayor cantidad de población en los niveles “medianamente feliz” y “muy feliz”. Las personas que no mencionaron su estrato socioeconómico (NS/NR) o que no tienen estrato siguen la tendencia global, pero presentan diferencias significativas frente a

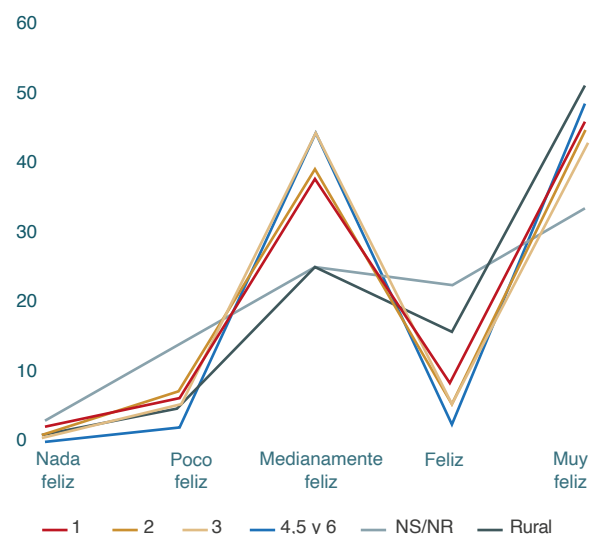
los grupos poblacionales de estratos 1 a 6: del porcentaje de personas que seleccionaron “medianamente feliz” y “muy feliz” el grupo NS/NR es más bajo que en los demás, y del porcentaje de personas que seleccionaron “feliz” o “muy feliz” este grupo es mayor que en todos los demás.

#### 2.4. Pertenencia étnica

Como indica la tabla 24, se siente “nada o poco feliz”: el 7.8 % de la población indígena, el 7.32 % de las personas sin pertenencia étnica, el 6.67 % de la población afrodescendiente, el 3.65 % de la población gitana y el 0.9 % de la población raizal; las personas palenqueras no tuvieron respuestas en estos niveles.

Por otro lado, se siente “medianamente feliz”: el 82.93 % de la población palenquera, el 69.93 % de la población raizal, el 59.53 % de la población gitana, el 43.88 % de la población afrodescendiente, el 42.15 % de las personas sin pertenencia étnica y el 38.98 % de la población indígena.

Se siente “feliz” o “muy feliz”: el 12.89 % de la población sin pertenencia étnica, el 12.18 % de la población afrodescendiente, el 11.25 % de la población indígena, el 3.65 % de la población gitana y el 0.9 % de la población raizal.

**Gráfica 27.** Sentimiento de felicidad por estrato socioeconómico

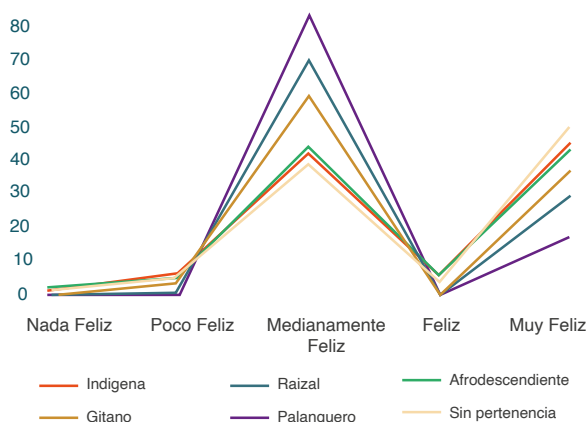


**Tabla 24.** Sentimiento de felicidad por pertenencia étnica

Grupo étnico	Nada feliz		Poco feliz		Medianamente feliz		Feliz		Muy feliz	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	1.73	0.62 - 4.75	6.07	3.43 - 10.53	38.98	32.01 - 46.43	3.45	1.59 - 7.34	49.77	42.68 - 56.86
Gitano	-	-	3.65	0.71 - 16.84	59.53	31.69 - 82.34	-	-	36.82	15.12 - 65.6
Raizal	0.32	0.05 - 2.18	0.58	0.08 - 4.23	69.93	39.15 - 89.37	-	-	29.16	10.12 - 60.09
Palenquero	-	-	-	-	82.93	29.67 - 98.24	-	-	17.07	1.76 - 70.33
Afrodescendiente	1.59	0.68 - 3.68	5.08	3.56 - 7.2	43.88	35.67 - 52.45	5.51	3.29 - 9.07	43.94	36.31 - 51.86
Sin pertenencia	0.79	0.61 - 1.03	6.53	5.3 - 8.03	42.15	39.98 - 44.35	5.57	4.66 - 6.64	44.96	42.62 - 47.33

En general, todos los grupos siguen la tendencia general en la percepción de felicidad, con una mayor concentración de la población en los niveles “medianamente feliz” y “muy feliz”. Las diferencias radican en el porcentaje de personas que seleccionaron las diversas respuestas dentro de cada grupo. Por ejemplo, la población palenquera es la que tiene una mayor concentración en el nivel “medianamente feliz” y la población indígena tiene la menor; pero en el nivel “muy feliz” esta tendencia se invierte, porque las personas indígenas tienen la mayor concentración y las palenqueras tienen la menor.

**Gráfica 28.** Sentimiento de felicidad por pertenencia étnica



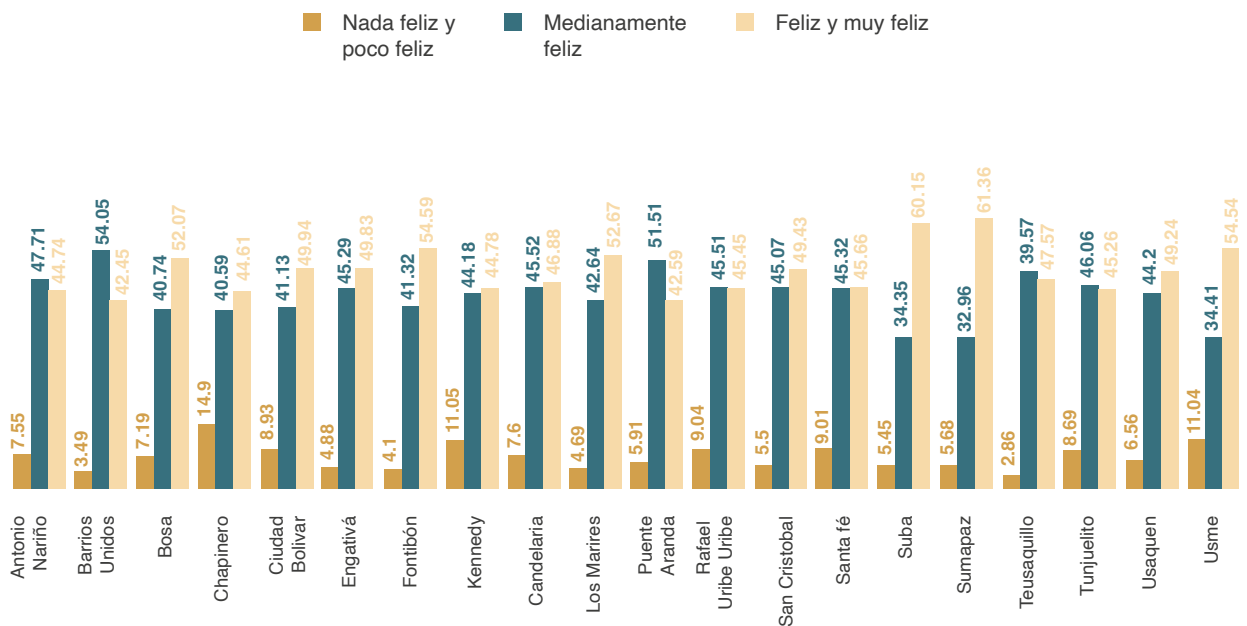
### 2.5. Localidad

Chapinero (14.8 %), Kennedy (11.05 %) y Usme (11.04 %) son las localidades donde se observan los porcentajes más altos de personas que se sienten “poco o nada felices”. En Barrios Unidos (54.05 %), Puente Aranda (51.51 %) y Teusaquillo (49.57 %) se observan los porcentajes más altos de personas que se sienten “medianamente felices”, y en Sumapaz (61.36 %), Suba (60.18 %) y Fontibón (54.59 %) se registran los porcentajes más altos de personas que se sienten “felices” y “muy felices”.





**Gráfica 29. Sentimiento de felicidad agrupado y por localidades (%)**



**Tabla 25. Sentimiento de felicidad por localidad**

Localidad	Nada feliz		Poco feliz		Medianamente feliz		Feliz		Muy feliz	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	1.6	0.8 - 3.15	5.95	3.26 - 10.63	47.71	43.07 - 52.39	3.82	2.52 - 5.74	40.92	36.6 - 45.38
Barrios Unidos	0.4	0.11 - 1.46	3.09	1.87 - 5.09	54.05	45.71 - 62.17	1.04	0.44 - 2.42	41.41	33.92 - 49.33
Bosa	1.49	0.74 - 2.97	5.7	3.92 - 8.22	40.74	35.43 - 46.26	7.97	4.65 - 13.34	44.1	37.87 - 50.53
Chapinero	0.15	0.05 - 0.45	14.65	2.39 - 54.59	40.59	20.81 - 63.98	1.37	0.85 - 2.2	43.24	27.33 - 60.68
Ciudad Bolívar	2	0.98 - 4.05	6.93	4.59 - 10.33	41.13	34.53 - 48.06	6.25	3.96 - 9.73	43.69	37.1 - 50.51
Engativá	0.48	0.19 - 1.22	4.4	2.64 - 7.23	45.29	38.9 - 51.85	5.24	3.15 - 8.57	44.59	38.52 - 50.83
Fontibón	0.31	0.1 - 0.91	3.79	2.67 - 5.35	41.32	36.66 - 46.13	6.07	3.67 - 9.87	48.52	43.08 - 53.99
Kennedy	0.37	0.12 - 1.1	10.68	5.84 - 18.74	44.18	38.2 - 50.33	3.78	2.34 - 6.04	41	35.27 - 46.97
La Candelaria	1.93	1.49 - 2.51	5.67	4.67 - 6.87	45.52	43.43 - 47.64	4.53	3.72 - 5.51	42.35	40.41 - 44.31
Los Mártires	0.75	0.33 - 1.69	3.94	2.88 - 5.37	42.64	37.53 - 47.9	5.8	3.73 - 8.92	46.87	41.29 - 52.54



<b>Puente Aranda</b>	1.22	0.61 - 2.4	4.69	3.18 - 6.87	51.51	45.54 - 57.44	3.23	1.55 - 6.59	39.36	34.11 - 44.86
<b>Rafael Uribe Uribe</b>	1.11	0.49 - 2.53	7.93	5.34 - 11.63	45.51	39.99 - 51.13	4.88	3.23 - 7.3	40.57	35.51 - 45.84
<b>San Cristóbal</b>	0.44	0.2 - 0.96	5.06	3.53 - 7.2	45.07	39.86 - 50.39	4.42	2.81 - 6.9	45.01	39.69 - 50.44
<b>Santa Fe</b>	3.19	1.63 - 6.14	5.82	4.48 - 7.54	45.32	39.86 - 50.91	5.88	3.62 - 9.41	39.78	34.6 - 45.21
<b>Suba</b>	0.91	0.39 - 2.1	4.55	2.69 - 7.58	34.36	27.84 - 41.53	6.38	3.92 - 10.23	53.8	45.85 - 61.56
<b>Sumapaz</b>	1.02	0.54 - 1.93	4.66	3.41 - 6.32	32.96	29.83 - 36.24	9.45	6.13 - 14.3	51.91	48 - 55.8
<b>Teusaquillo</b>	0.44	0.19 - 1.04	2.42	1.45 - 4.01	49.57	43.49 - 55.66	3.79	1.09 - 12.31	43.78	37.61 - 50.15
<b>Tunjuelito</b>	0.72	0.43 - 1.2	7.97	4.67 - 13.27	46.06	39.36 - 52.9	7.19	4.19 - 12.06	38.07	32.57 - 43.89
<b>Usaquén</b>	0.34	0.14 - 0.85	6.22	4.05 - 9.45	44.2	37.4 - 51.23	6.17	3.08 - 11.96	43.07	36.63 - 49.75
<b>Usme</b>	2.02	0.83 - 4.85	9.02	6.09 - 13.16	34.41	29 - 40.26	6.18	3.24 - 11.47	48.36	42.3 - 54.48

## 2.6. Zonas de residencia

La percepción de felicidad de las personas en la zona urbana y rural es muy similar, con una concentración mayor en los niveles “medianamente feliz” y “muy feliz”. El 45.11 % de las personas que residen en una zona urbana y

el 45.34 % de las que residen en una zona rural consideran que son “muy felices”; mientras que el 0.9 % de las personas que viven en una zona urbana y el 1.22 % de las personas que viven en una zona rural se sienten “nada felices”.

**Tabla 26.** Sentimiento de felicidad por zona

Zona	Nada feliz		Poco feliz		Medianamente feliz		Feliz		Muy feliz	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	0.9	0.69 - 1.17	6.39	5.27 - 7.72	42.19	40.17 - 44.24	5.41	4.59 - 6.38	45.11	43 - 47.23
Rural	1.22	0.9 - 1.64	5.63	4.54 - 6.97	37.04	33.84 - 40.36	10.77	8.96 - 12.89	45.34	42.49 - 48.22



### 3. Percepción de salud y de salud mental

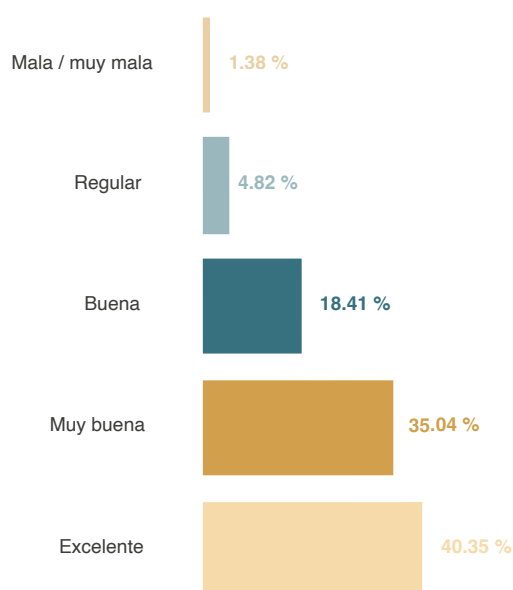
#### 3.1. Salud física

Se indagó entre las personas adolescentes (12 a 17 años) y las mayores de 18 años sobre su estado de salud; calificándolo de 1 a 5, donde 1 corresponde a “muy malo” y 5 a “muy bueno”. Se obtuvo que el 40.35 % de las personas perciben que el estado de su salud es “muy bueno”, el 35.04 % lo califican como “bueno”, el 18.41 % como “regular”, el 4.82 % como “malo”, y el 1.38 % como “muy malo”.

**Tabla 27.** Percepción del estado de salud - total población

Percepción del estado de salud	%	IC
Muy malo	1.38	1.11 – 1.72
Malo	4.82	3.97 - 5.85
Regular	18.41	16.89 – 20.05
Bueno	35.04	33.01 – 37.11
Muy bueno	40.35	38.19 – 42.54

**Gráfica 30.** Percepción del estado de salud - total población



**Sexo:** el 47.23 % de los hombres perciben que el estado de su salud es “muy bueno”, al igual que el 34.2 % de las mujeres y el 14.6 % de las personas intersexuales. El 68.89 % de las personas intersexuales, el 21.57 % de las mujeres y el 14.67 % de los hombres perciben que su estado de salud es “regular”; mientras que el 7.43 % de las personas intersexuales, el 1.62 % de las mujeres y el 1.09 % de los hombres perciben que el estado de su salud es “muy malo”.

**Curso de vida:** el 49.87 % de los adolescentes, el 45.3 % de los jóvenes, el 39.79 % de los adultos y el 31.43 % de las personas mayores consideran que su estado de salud es “muy bueno”. El 23.64 % de las personas mayores, el 18.71 % de los adultos, el 16.01 % de los jóvenes y el 11.75 % de los adolescentes consideran que su estado de salud es ‘regular’, mientras que el 6.68 % de las personas mayores, el 5.52 % de los adultos, el 2.58 % de los jóvenes y el 2.37 % de los adolescentes indican que su estado de salud es “muy malo”.

**Estrato socioeconómico:** perciben que su estado de salud es “muy bueno” el 44.87 % de las personas del área rural; el 42.8 % de las personas en estratos 4,5 y 6; el 40.95 % de las personas en estrato 3; el 45.95 % de las personas en estrato 2; el 35.39 % de las personas en estrato 1, y el 30.7 % de las personas que NS/NR sobre su estrato. Perciben que su estado de salud es “regular”: el 22.1 % de las personas en estrato 1; el 19.04 % de las personas sin estratificación por ubicación en zona rural; el 18.64 % de las personas en estrato 2; el 18.64 % de las personas en estrato 3; el 16.81 % de personas que NS/NR sobre su estrato, y el 15.3 % de las personas en estratos 4, 5 y 6. Perciben que el estado de su salud es “muy malo”: el 13.64 % de las personas que NS/NR sobre su estrato; el 2.79 % de las personas en estrato 1; el 0.89 % de las personas en estrato



2; el 0.89 % de las personas en estrato 3, y el 0.27 % de las personas en estratos 4, 5 y 6.

**Pertenencia étnica:** califica su estado de salud como “muy bueno”, el 91.52 % de los palenqueros; el 44.64 % de los gitanos; el 40.84 % de las personas sin pertenencia étnica; el 40.26 % de los afrodescendientes; el 32.68 % de los indígenas, y el 19.82 % de los raizales. Califican su estado de salud como “regular”: el 29.08 % de los raizales; el 26.04 % de los indígenas; el 18.03 % de las personas sin pertenencia étnica; el 17.13 % de los afrodescendientes, y el 16.34 % de los gitanos. Y califican su estado de salud como “muy malo”: el 8.08 % de los gitanos; el 3.32 % de los indígenas; el 1.32 % de los afrodescendientes; el 1.26 % de las personas sin pertenencia étnica, y el 0.32 % de los raizales

**Localidades:** se registran los porcentajes más altos de las personas que perciben que su estado de salud es “muy bueno” en Suba (47.16 %), Sumapaz (46.69 %) y Usaquén (42.11 %); los porcentajes más altos de las personas que perciben que su estado de salud es “regular” están en las localidades de Tunjuelito (23.1 %), Bosa (22.75 %) y Los Mártires (22.72 %); y se encuentran los mayores porcentajes de las personas que perciben que su estado de salud es “muy malo” en las localidades de Santa Fe (3.22 %), Usme (2.96 %) y Tunjuelito (2.38 %).

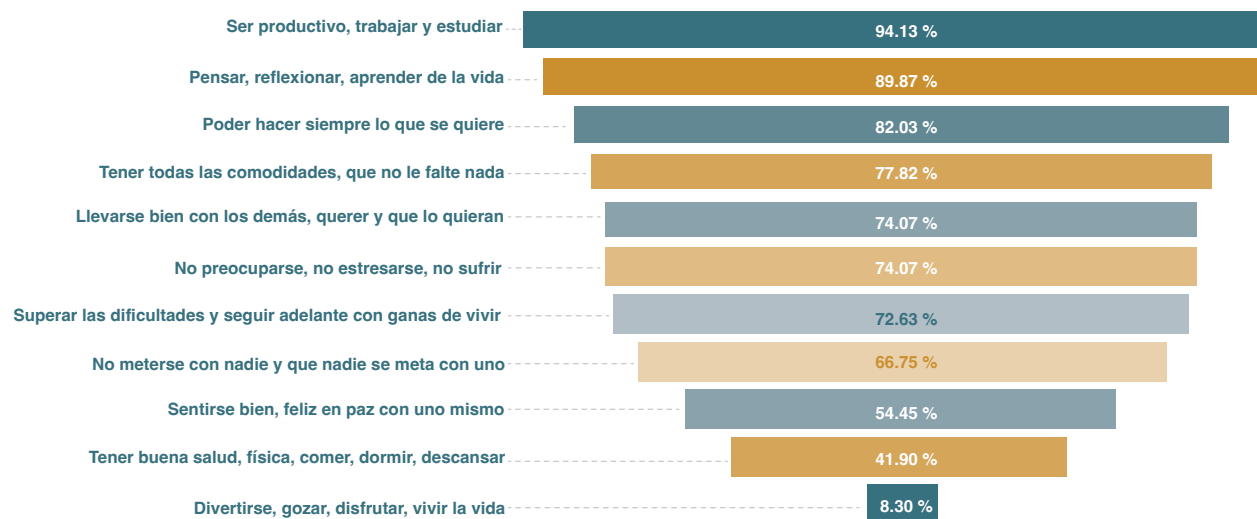
**Zona:** manifiestan que su estado de salud es “muy malo” el 1.38 % de las personas que residen en una zona urbana y el 2.25 % de las personas que residen en una zona rural; consideran que su salud es “regular” el 18.4 % de quienes viven en una zona urbana y el 21.25 % de quienes viven en una zona rural; mientras que afirman que es “muy bueno” el 40.35 % de personas en una zona urbana y el 39.04 % de personas en una zona rural.

### 3.2. Salud mental

Específicamente sobre la salud mental, se les preguntó a las personas adolescentes y mayores de 18 años “¿qué es tener salud mental?”, priorizando tres opciones de respuesta. Los resultados muestran que la mayoría considera que la salud mental está relacionada con: en primer lugar, ser productivo, trabajar y/o estudiar (94.13 %); en segundo lugar, pensar, reflexionar, aprender de la vida (89.87 %); y en tercer lugar divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida (85.3 %).

**Tabla 28.** Significado de salud mental – total población

Percepción	%	IC
Ser productivo, trabajar, estudiar	94.13	93.02 – 95.07
Pensar, reflexionar, aprender de la vida	89.87	88.86 – 90.79
Divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida	85.3	83.88 – 86.62
Poder hacer siempre lo que se quiere	82.03	80.47 – 83.49
Tener todas las comodidades, que no le falte nada	77.82	75.59 – 79.89
Llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran a uno/a	74.07	72.28 – 75.78
Superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir	72.63	70.63 – 74.54
No meterse con nadie y que nadie se meta con uno/a	66.75	64.38 – 69.03
No preocuparse, no estresarse, no sufrir	61.06	58.9 – 63.17
Sentirse bien, feliz, en paz con uno/a mismo/a	54.45	52.29 – 56.6
Tener buena salud física, comer, dormir, descansar	41.9	39.7 – 44.12

**Gráfica 31. Significado de salud mental – total población**

**Sexo:** en los hombres, lo más frecuente es considerar la salud mental como: 1) ser productivo, trabajar, estudiar (93.34 %); 2) pensar, reflexionar, aprender de la vida (88.78 %), y 3) divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida. Para las mujeres, estas también fueron las respuestas más frecuentes, con los siguientes porcentajes: 1) ser productivo, trabajar, estudiar (94.8 %), 2) pensar, reflexionar, aprender de la vida (90.81 %); y 3) divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida (86.93 %). Para las personas intersexuales, la salud mental es: 1) ser productivo, trabajar, estudiar (98.4 %); 2) pensar, reflexionar, aprender de la vida (94.61 %), y 3) superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir (93.89 %).

**Ciclo vital:** para los adolescentes, la salud mental principalmente se refiere a: 1) ser productivo, trabajar, estudiar (98.35 %); 2) pensar, reflexionar, aprender de la vida (92.64 %), y 3) divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida (86.58 %). Para la juventud, la salud mental es, en mayor medida: 1) ser productivo, trabajar, estudiar (96.6 %); 2) pensar, reflexionar, aprender de la vida (92.67 %), y 3) divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida (91.7 %). En el

grupo de personas adultas, la salud mental se considera: 1) ser productivo, trabajar, estudiar (89.61 %); 2) pensar, reflexionar, aprender de la vida (80.44 %), y 3) divertirse, gozar, disfrutar, vivir la vida (77.63 %). Finalmente, para las personas mayores, se trata de: 1) ser productivo, trabajar, estudiar (89.61 %); 2) poder hacer siempre lo que se quiere (86.26 %), y 3) superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir (81.08 %).

Estos resultados indican que, para todas las personas encuestadas, independientemente de su curso de vida, la salud mental se refiere principalmente a ser productivo, trabajar y estudiar. Los adolescentes, jóvenes y adultos refieren las mismas tres prioridades, mientras que las personas mayores parecen valorar más la libertad de hacer lo que quieren y la superación de las dificultades.

**Estrato socioeconómico:** para los estratos 1 (93.65 %), 2 (93.78 %), 3 (94.39 %), 4, 5 y 6 (96.81 %), y para las personas en zona rural (96.12 %), la salud mental se refiere principalmente a ser productivo, trabajar y estudiar; mientras que para las personas que



NS/NR sobre su estrato (84.24 %), se trata en primer lugar de tener buena salud física, comer, dormir y descansar.

Para el estrato 1, la segunda descripción o definición más acertada de salud mental tiene que ver con poder hacer siempre lo que se quiere (85.43 %); para los estratos 2 (89.42 %), 3 (91.41 %), 4,5 y 6 (96.73 %) y para las personas en zona rural (86.79 %) se trata de pensar, reflexionar y aprender de la vida; mientras para las personas que NS/NR sobre su estrato (80.93 %) es divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida.

En cuanto a la tercera descripción más seleccionada por las y los encuestados, en los estratos 1 (84.97 %), 2 (86.1 %) y 3 (85.17 %) fue divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida; en los estratos 4, 5 y 6 (83.45 %) fue tener todas las comodidades y que no les falte nada; mientras que para las personas que NS/NR sobre su estrato (80.35 %) fue superar las dificultades y seguir adelante con ganas de vivir, y para las personas en zona rural (85.86 %) fue poder hacer siempre lo que se quiere.

**Pertenencia étnica:** ser productivo, trabajar y estudiar es el principal significado que le dan a la salud mental las personas indígenas (93.99 %), gitanas (96.16 %), raizales (97.14 %), afrodescendientes (91.04 %) y sin pertenencia étnica (94.4 %); mientras que para todas las personas palenqueras (100 %), el principal significado de la salud mental es pensar, reflexionar y aprender de la vida.

Ahora bien, pensar, reflexionar y aprender de la vida es el segundo significado de salud mental para los indígenas (86.67 %), los afrodescendientes (86.26 %) y las personas sin pertenencia étnica (90.37 %). Divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida es el segundo significado para los gitanos (92.57 %); para los raizales, es poder hacer siempre lo que se quiere (96.77 %);

y para los palenqueros, es llevarse bien con los demás, querer y que lo quieran a uno/a (100 %).

El tercer significado en importancia para los indígenas (84.85 %) y para las personas sin pertenencia étnica (85.41 %) es divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida; mientras que para los gitanos (90.89 %) es pensar, reflexionar y aprender de la vida; para los afrodescendientes (85.41 %) es poder hacer siempre lo que se quiere; para los raizales (92 %) es tener todas las comodidades y que no les falte nada, y para los palenqueros (99.71 %) es no meterse con nadie y que nadie se meta con ellas y ellos.

**Localidades:** en todas las localidades, excepto Chapinero, el principal significado de salud mental es ser productivo, trabajar y estudiar; mientras que en Chapinero el principal significado es pensar, reflexionar y aprender de la vida. Con respecto al segundo significado, las personas en las localidades de Antonio Nariño, Barrios Unidos, Engativá, Fontibón, Kennedy, La Candelaria, Los Mártires, Puente Aranda, Rafael Uribe Uribe, San Cristóbal, Suba, Sumapaz, Teusaquillo, Tunjuelito y Usaquén, seleccionaron en su mayoría la opción de pensar, reflexionar y aprender de la vida; la mayoría de personas en la localidad de Usme seleccionaron que es poder hacer siempre lo que se quiere; y en las localidades de Bosa, Chapinero, Ciudad Bolívar y Santa Fe seleccionaron la definición de divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida. El tercer significado en importancia en las localidades de Santa Fe y Usaquén es poder hacer siempre lo que se quiere; en las localidades de Bosa, Ciudad Bolívar y Usme lo es pensar, reflexionar y aprender de la vida; en las localidades de Barrios Unidos, Chapinero y Teusaquillo es tener todas las comodidades; y en las demás localidades es divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida.



**Zona:** para el 94.13 % de las personas que habitan en una zona urbana y el 94.57 % de las personas que habitan en una zona rural, el principal significado de la salud mental es ser productivo, trabajar y estudiar. El segundo significado en importancia para las personas en una zona urbana es pensar, reflexionar y aprender de la vida (89.89 %), mientras que para las personas en una zona rural es divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida (86.59 %). Finalmente, el tercer significado en importancia para las personas en una zona urbana es divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida (85.3 %), y para las personas en una zona rural es pensar, reflexionar y aprender de la vida (83.66 %).

### 3.3. Autovaloración de la salud mental

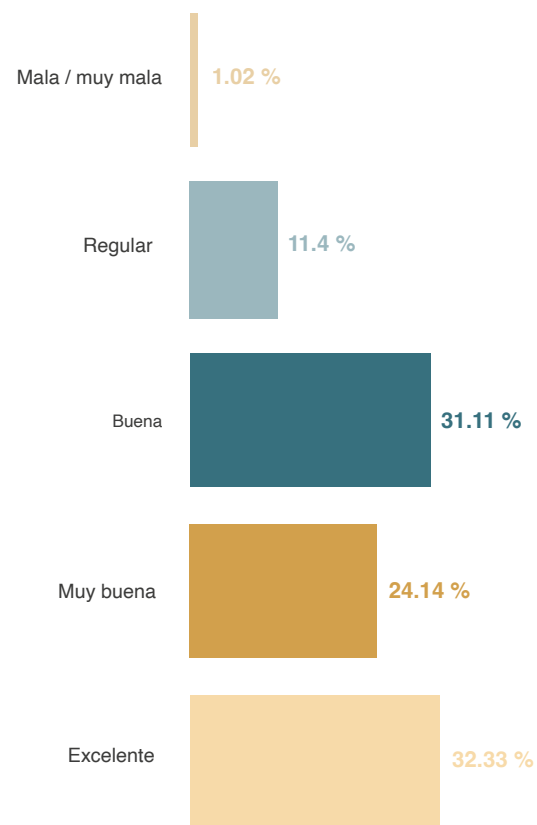
Otra de las preguntas específicas sobre salud mental que incluyó la encuesta para las personas adolescentes y mayores de 18 años fue: “En general, usted diría que su salud mental es: excelente; muy buena; buena; regular; mala/muy mala; o no sabe/no responde (NS/NR)”.

Como resultado, el 32.33 % de las personas encuestadas consideran que su estado de salud mental es “excelente”, el 24.14 % considera que es “muy buena”, el 31.11 % que es “buena”, el 11.4 % que es “regular” y el 1.02 % que es “mala o muy mala”.

**Tabla 29.** Percepción de la salud mental – total de la población

Percepción	%	IC
Mala o muy mala	1.02	0.5 - 2.06
Regular	11.4	10.24 - 12.68
Buena	31.11	29.31 - 32.95
Muy buena	24.14	22.34 - 26.03
Excelente	32.33	30.21 - 34.53

**Gráfica 32.** Percepción de la salud mental – total de la población



**Sexo:** el 47.23 % de los hombres considera que su salud mental es “excelente”, lo mismo considera el 34.2 % de las mujeres y el 14.6 % de las personas intersexuales. Perciben que su salud mental es “regular”: el 5.88 % de las personas intersexuales, el 5.79 % de las mujeres y el 3.75 % de los hombres; y perciben que su salud mental es “mala o muy mala”: el 7.43 % de las personas intersexuales, el 1.62 % de las mujeres y el 1.09 % de los hombres.

**Ciclo vital:** perciben que su salud mental es “excelente” el 35.22 % de los adultos, el 33.33 % de los adolescentes, el 28.47 % de las personas mayores y el 28.24 % de los jóvenes. Perciben que su salud mental es “regular”: el 14.2 % de las personas mayores, el 13.08 % de los adolescentes, el 12.22 % de los jóvenes y el 9.81 % de los adultos; mientras que consideran





que su salud mental es “mala o muy mala” el 4.63 % de los adolescentes, el 0.73 % de los adultos, el 0.62 % de los jóvenes y el 0.61 % de las personas mayores.

**Estrato socioeconómico:** perciben que su salud mental es “excelente” el 42.16 % de las personas del área rural, el 35.53 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, el 33.73 % de las personas en estratos 3, el 32.77 % de las personas en estrato 1, 30.96 % de las personas en estrato 2 y el 21.47 % de las personas que NS/NR. Mientras que perciben que su salud mental es “regular”: el 23.1 % de las personas que NS/NR, el 12.39 % de las personas en estrato 2, el 12.08 % de las personas en estrato 1, el 10.16 % de las personas en estrato 3, el 8.45 % de las personas en estratos 4, 5 y 6 y el 4.57 % de las personas del área rural. Y perciben que su salud mental es “mala o muy mala”: el 1.46 % de las personas en estrato 2, el 1.25 % de las personas en estrato 1, el 0.38 % de las personas en estrato 3 y el 0.32 % de las personas en estratos 4, 5 y 6.

**Pertenencia étnica:** perciben que su salud mental es “excelente” el 91.52 % de los palenqueros, el 52.74 % de los gitanos, el 39.55 % de los raizales, el 34.57 % de los afrodescendientes, el 32.24 % de los indígenas y el 32.07 % de las personas sin pertenencia étnica. Perciben que su salud mental es “regular” el 27.81 % de los raizales, el 19.32 % de los afrodescendientes, el 13.06 % de los gitanos, el 11.47 % de los indígenas y el 10.69 % de las personas sin pertenencia étnica. Y perciben que su salud mental es “mala o muy mala” el 1.14 % de los indígenas, 1.04 % de las personas sin pertenencia étnica y el 0.74 % de los afrodescendientes.

**Localidades:** se registran los porcentajes más altos de las personas que perciben que su salud mental es “excelente” en las localidades

de Suba (36.45 %), Fontibón (36.11 %) y Ciudad Bolívar (34.98 %); mientras se observan los porcentajes más altos de las personas que consideran que su salud mental es “regular” en las localidades de Chapinero (18.34 %), Santa Fe (14.49 %) y Tunjuelito (13.79 %); y los porcentajes más altos de las personas que piensan que su salud mental es “mala o muy mala” están en las localidades de Kennedy (2.93 %), Bosa (1.77 %) y Usme (1.49 %).

**Zona:** en la zona rural son más las personas que perciben que su salud mental es “muy mala”: 2.25 % frente al 1.38 % de la zona urbana. Lo mismo sucede con las percepciones: “mala” (5.2 % en zona rural frente al 4.82 % en zona urbana); y “regular” (21.75 % en zona rural respecto al 18.4 % en zona urbana). Frente a la percepción “buena” (31.75 % en zona rural frente a 35.05 % en zona urbana) y “muy buena” (39.04 % en zona rural frente al 40.35 % en zona urbana) hay un cambio en la tendencia, siendo mayor el número de personas en zonas urbanas quienes perciben favorablemente un mejor estado de su salud mental.

#### 4. Funcionalidad familiar

El APGAR evalúa la funcionalidad familiar, este instrumento incluye las dimensiones de adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso. Para el análisis la población se diferenció entre adolescentes de 12 a 17 años y personas con 18 años y más años (mayores).

A nivel general se encuentra que el 9.5 % de los adolescentes y el 9 % de las personas mayores de edad presentan un grado de disfunción severa, en tanto que el 15.1 % de los adolescentes presentan disfunción moderada y el 34.62 % de los mayores muestran disfunción leve o moderada.

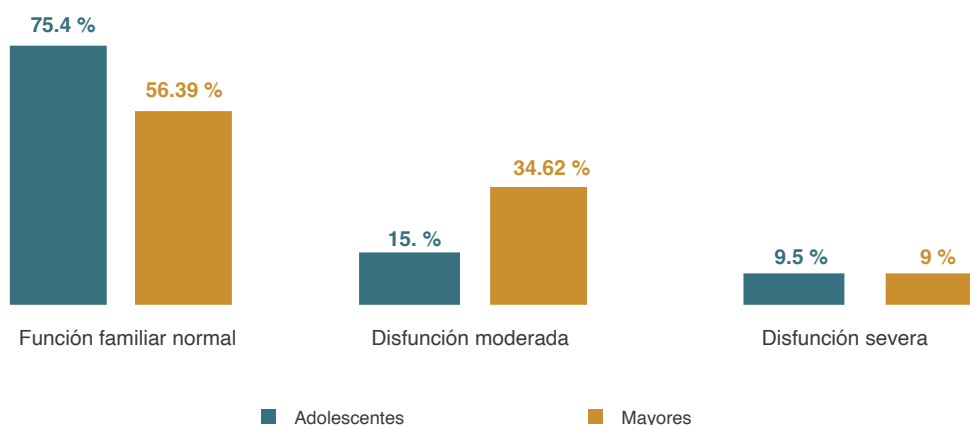




**Tabla 30.** Disfunción familiar adolescentes y personas mayores de 18 años

	Función familiar normal		Disfunción moderada		Disfunción severa:	
	%	IC	%	IC	%	IC
Adolescentes	75.4	66.19 – 82.75	15.1	10.66 – 20.96	9.5	3.97 – 21.08
	Función familiar normal		Disfunción leve o moderada:		Disfunción severa:	
	%	IC	%	IC	%	IC
Mayores	56.39	54.3 – 58.46	34.62	32.65 – 36.64	9	8.04 – 10.05

**Gráfica 33.** Disfunción familiar adolescentes y personas mayores de 18 años



**Sexo:** en la población adolescente el 10.51 % de los hombres presentan disfunción severa y el 13.3 % moderada; mientras el 8.22 % de las mujeres adolescentes presentan disfunción severa y el 16.76 % moderada; el 100 % de la población intersexual adolescente muestra disfunción severa. En los mayores presentan

disfunción severa: el 15.75 % de las personas intersexuales, el 9.37 % de las mujeres y el 8.55 % de los hombres. Y presentan disfunción leve o moderada: el 74.82 % de las personas intersexuales, el 36.41 % de las mujeres y el 32.43 % de los hombres.

**Tabla 31.** Disfunción familiar adolescentes y mayores por sexo

Disfunción familiar	Sexo	Función familiar normal		Disfunción moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Adolescentes	Hombre	76.19	58.6 - 87.85	13.3	7.99 - 21.32	10.51	2.14 - 38.65
	Mujer	75.02	65.2 - 82.79	16.76	10.38 - 25.93	8.22	4.16 - 15.59
	Intersexual	-	-	-	-	100	100 - 100
Disfunción familiar	Sexo	Función familiar normal		Disfunción leve o moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Mayores de 18 años	Hombre	59.01	55.45 - 62.49	32.43	29.34 - 35.69	8.55	7.03 - 10.37
	Mujer	54.22	51.64 - 56.78	36.41	33.81 - 39.09	9.37	8.26 - 10.6
	Intersexual	9.43	2.02 - 34.43	74.82	35.6 - 94.11	15.75	2.91 - 53.85



**Curso de vida:** al observar los datos por momentos del curso de vida se observa que la población adolescente presenta disfunción familiar severa, con el 9.5 %, y moderada el 15.1 %. Del mismo modo, presentan disfunción

severa el 8.02 % de los jóvenes y el 9.12 % de los adultos. Presentan disfunción leve o moderada: el 9.81 % de las personas mayores; el 41.33 % de los jóvenes; el 32.83 % de los adultos, y el 31.1 % de las personas mayores.

**Tabla 32.** Disfunción familiar por curso de vida en adolescentes y mayores

Población	Momento	Función familiar normal		Disfunción moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Adolescentes	Adolescencia	75.4	66.19 - 82.75	15.1	10.66 - 20.96	9.5	3.97 - 21.08
Población	Momento	Función familiar normal		Disfunción leve o moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Mayores	Juventud	50.64	46.56 - 54.72	41.33	37.22 - 45.57	8.02	6 - 10.66
	Adultez	58.06	55.07 - 60.98	32.83	30.22 - 35.55	9.12	7.83 - 10.59
	Vejez	58.49	54.87 - 62.02	31.7	28.34 - 35.26	9.81	8.37 - 11.47

**Estrato socioeconómico:** presenta disfunción severa la población adolescente, con el 2.7 % de los adolescentes en estrato 1; el 12.77 % en estrato 2; el 7.73 % en estrato 3, y el 5.49 % de los adolescentes del área rural. La disfunción moderada en la población adolescente se registra en el 8.6 % en el estrato 1; el 16.93 % en estrato 2; el 15.76 % en estrato 3; el 8.7 % en estratos 4, 5 y 6; y el 28.69 % rural, el porcentaje más alto.

En la población mayor la disfunción severa está presente en: el 10.44 % de las personas en

estrato 1; el 8.57 % de las personas en estrato 2; el 9.54 % de las personas en estrato 3; el 6.88 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 4.27 % de las personas que N/S/NR, y el 4.06 % de las personas del área rural. Mientras que presentan disfunción leve o moderada está presente en: el 37.51 % de las personas en estrato 1; el 36.45 % de las personas en estrato 2; el 30.62 % de las personas en estrato 3; el 35.89 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 24.13 % de las personas que NS/NR, y el 29.87 % de las personas del área rural.

**Tabla 33.** Disfunción familiar adolescentes y mayores por estrato socioeconómico

Población	Estrato	Función familiar normal		Disfunción moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Adolescentes	1	88.71	80.3 - 93.8	8.6	4.43 - 16.03	2.7	0.88 - 7.93
	2	70.3	55.57 - 81.75	16.93	10.29 - 26.59	12.77	4.08 - 33.51
	3	76.51	64.35 - 85.46	15.76	8.98 - 26.19	7.73	2.8 - 19.58
	4.5 y 6	91.3	76.12 - 97.18	8.7	2.82 - 23.88	-	-
	NS/NR	100	100 - 100	-	-	-	-
	Rural	65.82	37.69 - 85.98	28.69	9.62 - 60.33	5.49	1.78 - 15.71



Población	Estrato	Función familiar normal		Disfunción leve o moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Mayores de 18 años	1	52.05	46.25 - 57.8	37.51	31.65 - 43.77	10.44	8.03 - 13.46
	2	54.98	52.33 - 57.6	36.45	33.8 - 39.19	8.57	7.21 - 10.17
	3	59.84	55.65 - 63.89	30.62	27.23 - 34.23	9.54	7.93 - 11.45
	4.5 y 6	57.23	49.92 - 64.23	35.89	28.61 - 43.89	6.88	4.47 - 10.44
	NS/NR	71.6	61.48 - 79.94	24.13	17.69 - 32	4.27	1.33 - 12.81
	Rural	66.07	58.18 - 73.15	29.87	23.29 - 37.42	4.06	1.99 - 8.1

**Pertenencia étnica:** presentan disfunción severa el 1.67 % de los adolescentes indígenas; el 10.63 % de los adolescentes afrodescendientes, y el 9.7 % de los adolescentes sin pertenencia étnica. Muestran disfunción moderada el 30.29 % de los adolescentes indígenas; el 5.97 % de los adolescentes afrodescendientes, y el 15.18 % de los adolescentes sin pertenencia étnica.

En la población mayor la disfunción severa se presenta en: el 11.35 % de los indígenas, el 18.18 % de los gitanos, el 6.8 % de los raizales, el 8.65 % de los afrodescendientes y el 8.87 % de las personas sin pertenencia étnica.

**Tabla 34.** Disfunción familiar adolescentes y mayores por pertenencia étnica

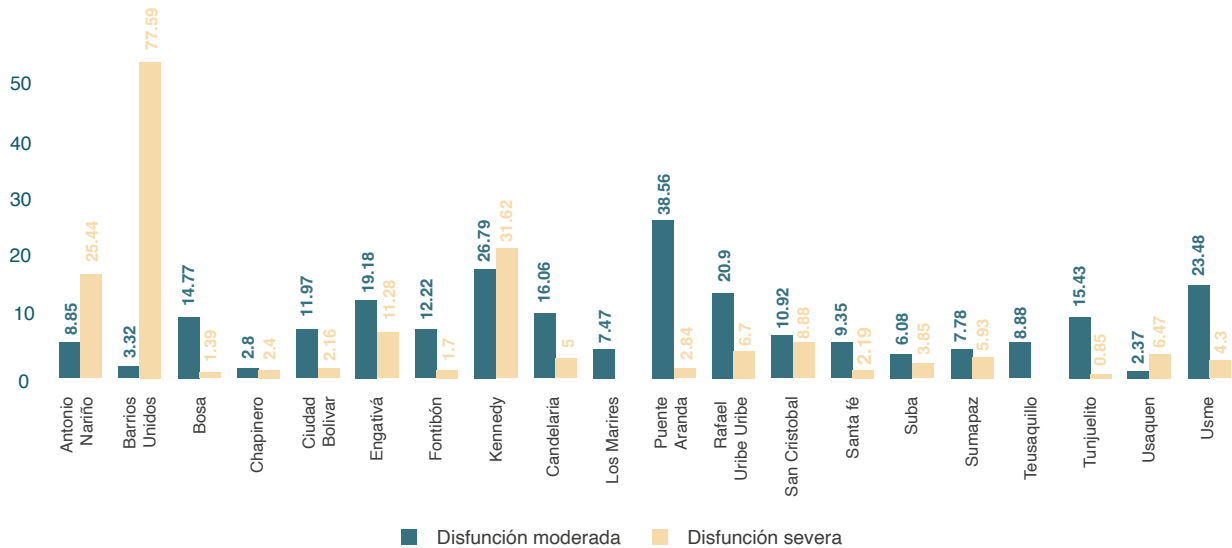
Población	Grupo étnico	Función familiar normal		Disfunción moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Adolescentes	Indígena	68.04	39.07 - 87.61	30.29	11.38 - 59.52	1.67	0.23 - 11.14
	Gitano	100	100 - 100	-	-	-	-
	Afrodescendiente	83.4	67.11 - 92.52	5.97	2.23 - 15.06	10.63	3.62 - 27.36
	Sin pertenencia étnica	75.12	65.07 - 83.03	15.18	10.43 - 21.56	9.7	3.8 - 22.65
Población	Grupo étnico	Función familiar normal		Disfunción leve o moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Mayores	Indígena	49.31	41.67 - 56.99	39.33	32.46 - 46.65	11.35	6.94 - 18.02
	Gitano	40.27	15.8 - 70.78	41.55	18.31 - 69.27	18.18	4.89 - 48.98
	Raizal	28.89	9.97 - 59.85	64.31	33.78 - 86.42	6.8	1.88 - 21.71
	Palenquero	17.07	1.76 - 70.34	82.93	29.66 - 98.24	-	-
	Afrodescendiente	56.09	47.67 - 64.17	35.26	27.49 - 43.89	8.65	6.3 - 11.79
	Sin pertenencia étnica	56.98	54.77 - 59.17	34.15	32.09 - 36.27	8.87	7.85 - 10



**Localidades:** el mayor porcentaje de disfunción severa en población adolescente se registra en la localidad de Barrios Unidos (77.59 %), y el menor en la localidad de Tunjuelito (0.85 %); las localidades de Los Mártires y Teusaquillo

no registran datos. El mayor porcentaje de disfunción moderada se observa en la localidad de Puente Aranda (38.56 %), y el menor porcentaje en la localidad de Usaquén (2.37 %).

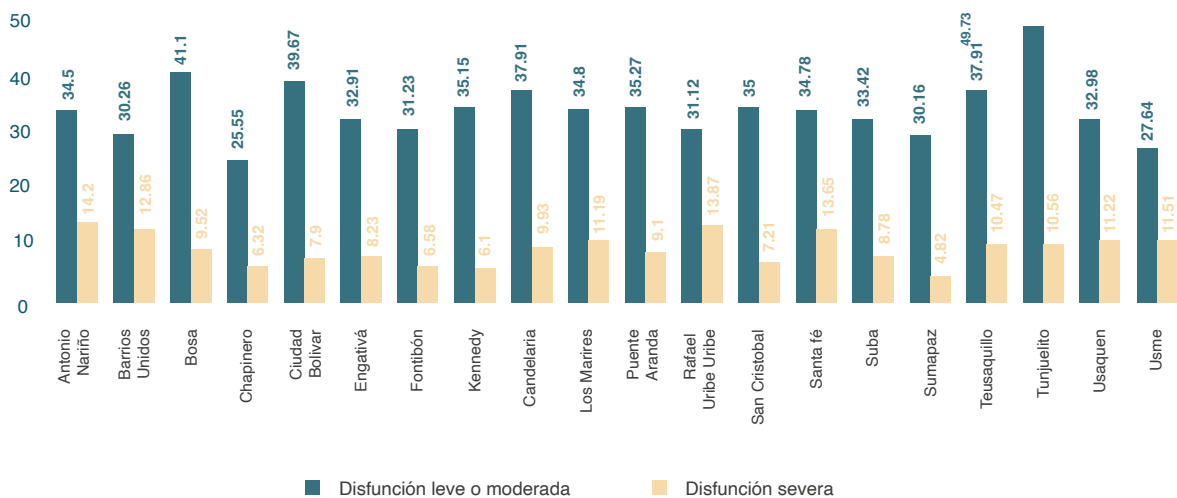
**Gráfica 34.** Disfunción familiar adolescentes por localidad (%)



El mayor porcentaje de disfunción severa en la población mayor se presenta en la localidad de Antonio Nariño (14.2 %) y el menor en la localidad de Sumapaz (4.82 %). El mayor

porcentaje de disfunción leve o moderada en la población mayor se observa en la localidad de Tunjuelito (49.73 %), y el menor en la localidad de Chapinero (25.55 %).

**Gráfica 35.** Disfunción familiar mayores por localidad (%)





**Zona:** presentan disfunción familiar severa el 9.54 % de las personas adolescentes en la zona urbana; mientras en zona rural este porcentaje es de 2.16 %. Presentan disfunción moderada: el 15.13 % de las personas adolescentes en zona urbana y el 8.56 % de las personas adolescentes en zona rural. En la población

mayor está presente la disfunción severa en el 9 % de las personas de la zona urbana y el 8.02 % en zona rural; mientras la disfunción leve o moderada se registra en el 34.61 % de las personas en zona urbana y el 33.61 % en zona rural.

**Tabla 35.** Disfunción familiar adolescentes y mayores por zona

Población	Zona	Función familiar normal		Disfunción moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Adolescentes	Urbana	75.33	66.09 - 82.71	15.13	10.67 - 21.02	9.54	3.98 - 21.17
	Rural	89.29	82.77 - 93.53	8.56	4.6 - 15.37	2.16	1.39 - 3.33
Población	Zona	Función familiar normal		Disfunción leve o moderada		Disfunción severa	
		%	IC	%	IC	%	IC
Mayores	Urbana	56.38	54.28 - 58.46	34.62	32.65 - 36.65	9	8.04 - 10.05
	Rural	58.37	54.61 - 62.04	33.61	30.21 - 37.18	8.02	6.61 - 9.69

### 5. Parentalidad y ajuste familiar

Para la presentación de los resultados sobre parentalidad se tomó como referencia el documento validación a un contexto latinoamericano de la Escala de Parentalidad y Ajuste Familiar

(PAFAS) (47), y se organizaron los 15 atributos en cuatro dimensiones: ajuste parental, parentalidad coercitiva, relación padre e hijo y relaciones familiares; las cuales a su vez corresponden a dos subescalas ajuste familiar y parentalidad:

**Tabla 36.** Clasificación de los atributos de parentalidad y ajuste familiar

Subescala	Dimensión	Ítem	Atributo
Ajuste familiar	Ajuste parental	N42	Me siento feliz con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora
Ajuste familiar	Ajuste parental	N43	Los miembros de nuestra familia se ayudan y apoyan unos a otros
Ajuste familiar	Ajuste parental	N44	Los miembros de nuestra familia se llevan bien entre sí
Subescala	Dimensión	Ítem	Atributo
Parentalidad	Parentalidad coercitiva	N33	Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien
Parentalidad	Parentalidad coercitiva	N32	Me enojo con mi hijo/a cuando él/ella se porta mal
Parentalidad	Parentalidad coercitiva	N35	Le doy unas nalgadas a mi hijo/a cuando se porta mal
Parentalidad	Parentalidad coercitiva	N36	Me enojo fácilmente con mi hijo/a
Subescala	Dimensión	Ítem	Atributo
Parentalidad	Relación padre-hijo	N34	Le doy atención a mi hijo/a con un abrazo, un guiño de ojo, sonrisa o beso cuando él/ella se porta bien
Parentalidad	Relación padre-hijo	N37	Converso/hablo con mi hijo/a
Parentalidad	Relación padre-hijo	N38	Disfruto al abrazar, besar y consentir a mi hijo/a
Parentalidad	Relación padre-hijo	N39	Disfruto pasar tiempo con mi hijo/a
Parentalidad	Relación padre-hijo	N40	Tengo una buena relación con mi hijo/a



Subescala	Dimensión	Ítem	Atributo
Ajuste familiar	Relaciones familiares	N41	Me siento estresado/a o preocupado/a con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora
Ajuste familiar	Relaciones familiares	N45	Los miembros de nuestra familia pelean o discuten
Ajuste familiar	Relaciones familiares	N46	Los miembros de nuestra familia se critican entre sí

A continuación, se presentan los resultados de cada atributo organizados según subescala y dimensión con valores en porcentajes y frecuencias.

**Tabla 37. Resultados parentalidad y ajuste familiar - total población**

Ajuste familiar /Ajuste parental								
Atributo	Nunca		Pocas o algunas veces		Bastantes/muchas veces		La mayoría de las veces/siempre	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Me siento feliz con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	3.15*	1.16 - 8.23	5.38*	3.11 - 9.16	28.56	21.25 - 37.2	62.91	54.37 - 70.72
Los miembros de nuestra familia se ayudan y apoyan unos a otros	1.8*	0.65 - 4.89	10.2*	4.69 - 20.78	19.9	14.77 - 26.27	68.09	59.02 - 75.98
Los miembros de nuestra familia se llevan bien entre sí	0.11*	0.04 - 0.36	6.66*	4.24 - 10.32	21.44	16.13 - 27.91	71.79	64.35 - 78.2
Atributo	#	IC	#	IC	#	IC	#	IC
Me siento feliz con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	15.039*	0 - 30.314	25.712*	11.715 - 39.708	136.481*	84.759 - 188.204	300.632	253.596 - 347.668
Los miembros de nuestra familia se ayudan y apoyan unos a otros	8.611	0 - 17.613	48.748*	8.953 - 88.542	95.116*	64.238 - 125.993	325.390	269.604 - 381.176
Los miembros de nuestra familia se llevan bien entre sí	538*	0 - 1.158	31.834*	17.092 - 46.575	102.449*	70.867 - 134.031	343.043	276.710 - 409.376
Ajuste familiar /Relaciones familiares								
Atributo	Nunca		Pocas o algunas veces		Bastantes/muchas veces		La mayoría de las veces/siempre	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Me siento estresado/a o preocupado/a con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	39.59	32.54 - 47.11	43.94	36.41 - 51.75	9.63*	6.58 - 13.87	6.84*	4.39 - 10.5
Los miembros de nuestra familia pelean o discuten	22.54	17.14 - 29.04	67.66	60.96 - 73.71	7.34*	4.63 - 11.44	2.47*	1.37 - 4.39
Los miembros de nuestra familia se critican entre sí	49.1	41.36 - 56.88	44.22	36.57 - 52.16	5.35*	2.94 - 9.52	1.33*	0.62 - 2.85
Atributo	#	IC	#	IC	#	IC	#	IC
Me siento estresado/a o preocupado/a con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	189.209	148.251 - 230.167	209.967	153.107 - 266.826	45.999*	28.624 - 63.373	32.689*	17.660 - 47.719
Los miembros de nuestra familia pelean o discuten	107.700*	74.020 - 141.380	323.318	261.589 - 358.046	35.055*	18.929 - 51.181	11.792*	4.943 - 18.641
Los miembros de nuestra familia se critican entre sí	234.621	182.347 - 269.894	211.326	159.461 - 263.191	25.561*	10.135 - 40.987	6.356*	1.547 - 11.166



Parentalidad / Parentalidad coercitiva								
Atributo	Nunca		Pocas o algunas veces		Bastantes/muchas veces		La mayoría de las veces/siempre	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Me enojo con mi hijo/a cuando él/ella se porta mal	4.13*	2.54 - 6.66	72.68	66.48 - 78.12	14.49*	10.07 - 20.41	8.69*	6.07 - 12.3
Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien	0.83*	0.33 - 2.11	3.69	2.04 - 6.58	23.07*	16.2 - 31.74	72.41	63.94 - 79.52
Le doy unas nalgadas a mi hijo/a cuando se porta mal	38.69	31.77 - 46.11	55.02	47.42 - 62.4	2.92*	1.68 - 5.03	3.36*	2.03 - 5.52
Me enojo fácilmente con mi hijo/a	20.46	15.26 - 26.87	64.84	57.65 - 71.42	11.08*	7.7 - 15.7	3.62*	2.23 - 5.81
Atributo	#	IC	#	IC	#	IC	#	IC
Me enojo con mi hijo/a cuando él/ella se porta mal	19.730*	10.055 - 29.406	347.332	280.339 - 414.324	69.258*	43.723 - 94.793	41.544*	26.111 - 56.978
Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien	3.987*	312 - 7.662	17.645*	7.344 - 27.947	110.227*	65.691 - 154.764	346.005	284.879 - 407.131
Le doy unas nalgadas a mi hijo/a cuando se porta mal	184.908	142.943 - 226.874	262.930	201.993 - 323.864	13.997*	6.460 - 21.473	16.059*	8.031 - 24.088
Me enojo fácilmente con mi hijo/a	27.778*	67.023 - 128.532	309.855	244.432 - 375.277	52.954*	33.771 - 72.138	17.277*	9.187 - 25.368
Parentalidad / Relación padre e hijo								
Atributo	Nunca	Pocas o algunas veces		Bastantes/muchas veces		La mayoría de las veces/siempre		
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Le doy atención a mi hijo/a con un abrazo, un guiño de ojo, sonrisa o beso cuando él/ella se porta bien	0.1*	0.02 - 0.56	4.72*	2.45 - 8.91	27.63	20.31 - 36.38	67.55	59.03 - 75.04
Converso/hablo con mi hijo/a	0.79*	0.18 - 3.43	4.55*	2.66 - 7.67	31.66	24.36 - 39.99	63	55 - 70.35
Disfruto al abrazar, besar y consentir a mi hijo/a	0.08*	0.02 - 0.29	3.08*	1.63 - 5.76	19.29	14.29 - 25.53	77.55	71.17 - 82.86
Disfruto pasar tiempo con mi hijo/a			4.56*	2.06 - 9.81	18.09*	13.11 - 24.43	77.35	70.62 - 82.91
Tengo una buena relación con mi hijo/a	0.01*	0 - 0.04	2.13*	0.86 - 5.2	20.5*	14.96 - 27.42	77.36	70.36 - 83.1
Atributo	#	IC	#	IC	#	IC	#	IC
Le doy atención a mi hijo/a con un abrazo, un guiño de ojo, sonrisa o beso cuando él/ella se porta bien	475*	0 - 1.290	22.573*	7.776 - 37.371	132.035*	82.195 - 181.876	322.780	269.161 - 376.400
Converso/hablo con mi hijo/a	3.768*	0 - 9.371	21.745*	10.319 - 33.171	151.278*	100.330 - 202.226	301.073	249.358 - 352.787
Disfruto al abrazar, besar y consentir a mi hijo/a	372*	0 - 860	14.725*	5.430 - 24.020	92.187*	62.749 - 121.625	370.580	302.106 - 439.054
Disfruto pasar tiempo con mi hijo/a	-	-	21.798*	3.903 - 396.694	86.452*	56.565 - 116.339	369.614	305.070 - 434.157
Tengo una buena relación con mi hijo/a	56*	0 - 124	10.202*	949 - 19.456	97.984*	63.826 - 132.071	369.657	303.957 - 435.357

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



Los resultados fueron consolidados y promediados de acuerdo con el valor predefinido de: nunca = 0; pocas o algunas veces = 1; bastantes/muchas veces = 2; y la mayoría de las veces/siempre = 3. Así un puntaje más alto significa una mayor frecuencia y al contrario un menor puntaje es una menor frecuencia. De esta manera puede afirmarse

que el atributo de mayor puntaje es: “los miembros de nuestra familia pelean o discuten”; esta es una situación que ocurre con mucha frecuencia. En tanto que el atributo de menor puntaje es “me siento feliz con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora” y significa que es una situación poco frecuente.

**Tabla 38.** Puntaje promedio de los atributos de parentalidad y ajuste familiar - total población

Atributo	Promedio	IC
Los miembros de nuestra familia pelean o discuten	2.55	2.46 - 2.64
Le doy unas nalgadas a mi hijo/a cuando se porta mal	2.46	2.37 - 2.55
Los miembros de nuestra familia se critican entre sí	2.41	2.32 - 2.5
Me enojo fácilmente con mi hijo/a	2.02	1.94 - 2.1
Me siento estresado/a o preocupado/a con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	1.82	1.66 - 1.98
Me enojo con mi hijo/a cuando él/ella se porta mal	1.76	1.64 - 1.87
Tengo una buena relación con mi hijo/a	1.75	1.68 - 1.82
Disfruto al abrazar, besar y consentir a mi hijo/a	1.74	1.68 - 1.81
Disfruto pasar tiempo con mi hijo/a	1.73	1.64 - 1.81
Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien	1.67	1.58 - 1.76
Los miembros de nuestra familia se llevan bien entre sí	1.65	1.56 - 1.74
Le doy atención a mi hijo/a con un abrazo, un guiño de ojo, sonrisa o beso cuando él/ella se porta bien	1.63	1.53 - 1.72
Converso/hablo con mi hijo/a	1.57	1.48 - 1.66
Los miembros de nuestra familia se ayudan y apoyan unos a otros	1.54	1.39 - 1.7
Me siento feliz con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	1.51	1.39 - 1.63

También se otorgó un índice a cada subescala y dimensión de 0 a 100, en el cual un mayor valor significa un mejor desempeño; así observamos que a nivel general la subescala de parentalidad tiene un mejor desempeño que la subescala de ajuste familiar, y a nivel de las

dimensiones tiene un mejor desempeño la dimensión de la relación padre – hijo, mientras que la dimensión de relación familiar es la que tiene el desempeño más bajo.



**Tabla 39.** Índice de subescalas y dimensiones

Subescalas y dimensiones	Índice	IC
Índice subescala parentalidad	80.94	79.65 – 82.22
Índice subescala ajuste familiar	78.89	76.87 – 80.91
Índice dimensión parentalidad coercitiva	71.54	69.92 – 73.16
Índice dimensión relación padre-hijo	88.45	86.76 – 90.15
Índice dimensión relación familiar	73.18	70.85 – 75.52
Índice dimensión ajuste parental	84.6	81.62 – 87.58
Índice total	80.12	78.7 – 81.54

El comportamiento de los puntajes al desagregarlos por sexo es muy similar, ya que no hay un atributo donde la diferencia del puntaje sea grande.

**Tabla 40.** Puntaje promedio de los atributos de parentalidad y ajuste familiar – sexo

Atributo	Sexo	Promedio(%)	IC
Me enojo con mi hijo/a cuando él/ella se porta mal	Hombre	1.74	1.58 - 1.9
Me enojo con mi hijo/a cuando él/ella se porta mal	Mujer	1.77	1.62 - 1.93
Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien	Hombre	1.67	1.58 - 1.76
Felicito a mi hijo/a cuando se porta bien	Mujer	1.67	1.53 - 1.82
Le doy atención a mi hijo/a con un abrazo, un guiño de ojo, sonrisa o beso cuando él/ella se porta bien	Hombre	1.65	1.53 - 1.77
Le doy atención a mi hijo/a con un abrazo, un guiño de ojo, sonrisa o beso cuando él/ella se porta bien	Mujer	1.6	1.47 - 1.73
Le doy unas nalgadas a mi hijo/a cuando se porta mal	Hombre	2.42	2.3 - 2.55
Le doy unas nalgadas a mi hijo/a cuando se porta mal	Mujer	2.49	2.37 - 2.62
Me enojo fácilmente con mi hijo/a	Hombre	1.94	1.82 - 2.05
Me enojo fácilmente con mi hijo/a	Mujer	2.1	1.99 - 2.21
Converso/hablo con mi hijo/a	Hombre	1.58	1.48 - 1.67
Converso/hablo con mi hijo/a	Mujer	1.56	1.42 - 1.71
Disfruto al abrazar, besar y consentir a mi hijo/a	Hombre	1.74	1.66 - 1.81
Disfruto al abrazar, besar y consentir a mi hijo/a	Mujer	1.75	1.65 - 1.85
Disfruto pasar tiempo con mi hijo/a	Hombre	1.76	1.68 - 1.85
Disfruto pasar tiempo con mi hijo/a	Mujer	1.7	1.56 - 1.83
Tengo una buena relación con mi hijo/a	Hombre	1.74	1.64 - 1.83
Tengo una buena relación con mi hijo/a	Mujer	1.77	1.66 - 1.87
Me siento estresado/a o preocupado/a con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	Hombre	1.89	1.72 - 2.07



Me siento estresado/a o preocupado/a con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	Mujer	1.75	1.51 - 2
Me siento feliz con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	Hombre	1.47	1.28 - 1.66
Me siento feliz con mi rol de madre/padre/cuidador/cuidadora	Mujer	1.55	1.41 - 1.7
Los miembros de nuestra familia se ayudan y apoyan unos a otros	Hombre	1.54	1.39 - 1.69
Los miembros de nuestra familia se ayudan y apoyan unos a otros	Mujer	1.55	1.29 - 1.8
Los miembros de nuestra familia se llevan bien entre sí	Hombre	1.64	1.52 - 1.76
Los miembros de nuestra familia se llevan bien entre sí	Mujer	1.66	1.54 - 1.77
Los miembros de nuestra familia pelean o discuten	Hombre	2.59	2.46 - 2.71
Los miembros de nuestra familia pelean o discuten	Mujer	2.52	2.39 - 2.66
Los miembros de nuestra familia se critican entre sí	Hombre	2.41	2.28 - 2.54
Los miembros de nuestra familia se critican entre sí	Mujer	2.41	2.29 - 2.54

Así mismo, los índices tienen un comportamiento muy similar al desagregarlos por sexo.

**Tabla 41.** Índice de subescalas y dimensiones - sexo

Atributo	Sexo	Índice	IC
Índice subescala parentalidad	Hombre	80.32	78.72 - 81.92
Índice subescala parentalidad	Mujer	81.51	79.45 - 83.56
Índice subescala ajuste familiar	Hombre	78.18	75.74 - 80.61
Índice subescala ajuste familiar	Mujer	79.56	76.6 - 82.52
Índice dimensión parentalidad coercitiva	Hombre	69.78	67.64 - 71.92
Índice dimensión parentalidad coercitiva	Mujer	73.18	70.86 - 75.5
Índice dimensión relación padre-hijo	Hombre	88.75	86.77 - 90.73
Índice dimensión relación padre-hijo	Mujer	88.17	85.47 - 90.87
Índice dimensión relación familiar	Hombre	72.37	69.35 - 75.4
Índice dimensión relación familiar	Mujer	73.94	70.6 - 77.27
Índice dimensión ajuste parental	Hombre	83.98	80.25 - 87.71
Índice dimensión ajuste parental	Mujer	85.18	81.25 - 89.12
Índice total	Hombre	79.46	77.76 - 81.16
Índice total	Mujer	80.73	78.59 - 82.87

## 6. Escala de padres involucrados

La escala de padres involucrados se define a partir de 6 preguntas, y a sus respuestas se les asigna un valor de cero (0) o uno (1), lo cual determina el puntaje para cada persona. La escala toma valores que van entre cero (0) y seis (6), donde 0 significa que los padres

(o adultos con los que vive el niño) no están involucrados, y 6 que están muy involucrados.

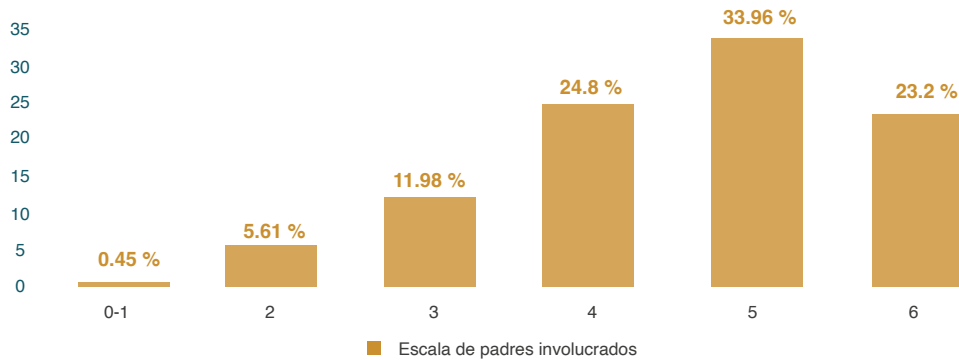
En la mirada global se observa que en la escala más baja de involucramiento (0-1) está el 0.45 % de los niños/as, y en la más alta (6)



el 23.2 % de los niños/as, además, el mayor porcentaje de la población se concentra en el puntaje 5, con el 33.96 %. El 57.16 % de los niños/as se ubican en los dos puntajes más

altos de involucramiento (5 y 6), el 24.99 % en los tres puntajes más bajos (0-1, 2 y 3), y en un puntaje medio (4) se ubica el 24.8 % de los niños/as.

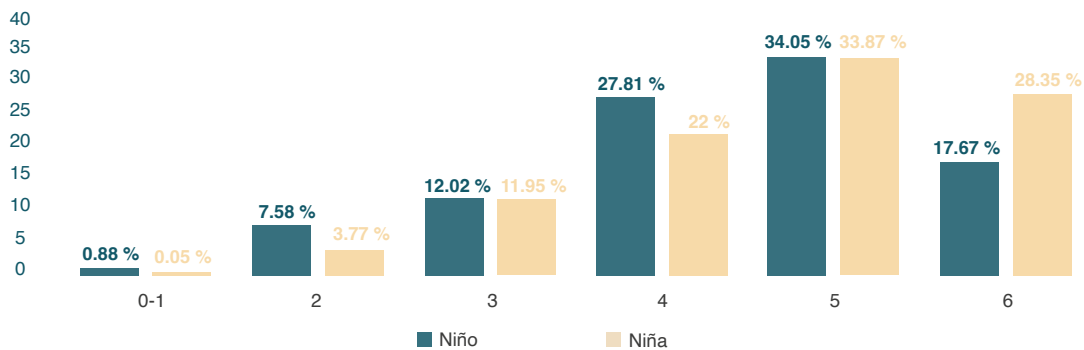
**Gráfica 36.** Distribución del puntaje de la escala de padres involucrados



**Sexo:** de acuerdo con el sexo, el 62.22 % de las niñas se ubican en los puntajes más altos de involucramiento (5 y 6), donde también se

ubica el 51.72 % de los niños; en los puntajes más bajos (0-1, 2 y 3) se ubican el 15.77 % de las niñas y el 20.48 % de los niños.

**Gráfica 37.** Distribución del puntaje de la escala de padres involucrados, según sexo



**Tabla 42.** Escala de padres involucrados – Total población y sexo

Escala de padres involucrados												
Población y sexo	0-1		2		3		4		5		6	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
<b>Total</b>	<b>0.45*</b>	<b>0.14 - 1.44</b>	<b>5.61*</b>	<b>3.01 - 10.22</b>	<b>11.98*</b>	<b>8.16 - 17.27</b>	<b>24.8</b>	<b>18.91 - 31.81</b>	<b>33.96</b>	<b>26.76 - 41.98</b>	<b>23.2*</b>	<b>16.26 - 31.97</b>
Niños	0.88*	0.25 - 3	7.58*	3.31 - 16.45	12.02*	7.16 - 19.48	27.81	20.48 - 36.55	34.05	26.46 - 42.56	17.67*	11.9 - 25.41
Niñas	0.05*	0.03 - 0.09	3.77*	1.64 - 8.43	11.95*	6.72 - 20.39	22*	14.3 - 32.29	33.87*	22.92 - 46.87	28.35*	17.12 - 43.12

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Estratos socioeconómicos:** al observar la información por estratos se encuentra que en los puntajes más altos 5 y 6, en orden de mayor a menor porcentaje se ubican el 71.54 % de las niñas y niños en estratos 4, 5 y 6; el 62.64 % de las niñas y niños en estrato 1; el 59.18 % de

las niñas y niños en estrato 3; el 53.63 % de las niñas y niños en estrato 2 y el 49.5 % de las niñas y niños del área rural. De las niñas y niños que respondieron NS/NR sobre su estrato, el 100 % se ubica en los puntajes 5 y 6.

**Tabla 43.** Distribución del puntaje de la escala de padres involucrados, según estrato socioeconómico

Escala de padres involucrados												
Estrato socio-económico	0-1		2		3		4		5		6	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	0.34*	0.08 - 1.42	4.09*	1.88 - 8.67	9.58*	5.45 - 16.3	23.36*	14.09 - 36.17	30.37*	19.82 - 43.48	32.27*	20.79 - 46.38
2	0.74*	0.19 - 2.82	4.44*	1.87 - 10.16	15.3*	9.24 - 24.27	25.9*	17.46 - 36.61	34.19*	24.18 - 45.84	19.44*	12.99 - 28.04
3	0	0	9.2*	3.95 - 19.98	7.69*	2.99 - 18.37	23.94*	13.7 - 38.41	33.91*	21.13 - 49.56	25.27*	9.66 - 51.66
4, 5 y 6	0	0	0	0	7.78*	1 - 41.32	20.68*	3.72 - 63.72	68.8*	29.33 - 92.13	2.74*	0.61 - 11.43
NS/NR	0	0	0	0	0	0	0	0	28.51	28.51 - 28.51	71.49	71.49 - 71.49
Rural	0	0	0	0	6.73*	1.67 - 23.44	43.77	37.82 - 49.89	9.81*	2.49 - 31.61	39.69*	27.34 - 53.53

\*Datos con error mayor al 15%, tomar con precaución.

**Pertenencia étnica:** al analizar la distribución del puntaje de la escala de padres involucrados por pertenencia étnica se encuentra que en los puntajes más altos (5 y 6) se ubican en orden de mayor a menor: el 58.47 % de las niñas y

niños sin pertenencia étnica; el 48.04 % de las niñas y niños afrodescendientes, y el 26.12 % de las niñas y niños indígenas. Las niñas y niños gitanos y raizales en el 100 % se ubican en el puntaje 4.

**Tabla 44.** Distribución del puntaje de la escala de padres involucrados, según pertenencia étnica

Escala de padres involucrados												
Pertenencia étnica	0-1		2		3		4		5		6	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	0	0	7.44*	2.17 - 22.54	15.67*	4.14 - 44.39	50.77*	22.88 - 78.19	22.99*	5.95 - 58.47	3.13*	0.86 - 10.76
Gitano	0	0	0	0	0	0	100	100 - 100	0	0	0	0
Raizal	0	0	0	0	0	0	100	100 - 100	0	0	0	0
Afrodescendiente	0	0	0.95*	0.2 - 4.29	31.61*	9.05 - 68.24	19.4*	5.11 - 51.85	35.48*	12.85 - 67.23	12.56*	4.14 - 32.3
Sin pertenencia étnica	0.48*	0.15 - 1.55	5.81*	3.04 - 10.8	10.96*	7.26 - 16.21	24.28	18.16 - 31.67	34.22	26.65 - 42.68	24.25*	16.86 - 33.57

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Localidades:** de la escala de padres involucrados, se registran los porcentajes más altos de niñas y niños en los puntajes 5 y 6 en las localidades de Teusaquillo (95.6 %) y

Fontibón (82.8 %); en la localidad de Barrios Unidos no se registran datos para los puntajes 5 y 6, en esta localidad el 100 % de las niñas y niños se ubican en el puntaje 4.

**Tabla 45.** Distribución puntaje escala de padres involucrados según localidad

Escala de padres involucrados												
Localidad	0-1		2		3		4		5		6	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	0	0	6.62*	1.38 - 26.41	22.21*	9.02 - 45.11	26.61*	16.24 - 40.4	32.54*	19.59 - 48.85	12.03*	7.11 - 19.64
Barrios Unidos	0	0	0	0	0	0	100	100 - 100	0	0	0	0
Bosa	0	0	1.18*	0.17 - 7.84	17.7*	7.49 - 36.36	28.31*	13.87 - 49.19	37.39*	19.55 - 59.48	15.42*	5.14 - 38.04
Chapinero	0	0	2.26*	0.38 - 12.37	7.35*	2.72 - 18.36	38.35*	20.21 - 60.43	33.48*	14.44 - 60.01	18.56*	9.05 - 34.29
Ciudad Bolívar	0	0	1.15*	0.16 - 7.75	7.54*	2.68 - 19.45	27.87*	13.81 - 48.24	24.88*	11.48 - 45.84	38.55*	19.8 - 61.46
Engativá	0	0	7.95*	1.11 - 39.95	27.14*	7.39 - 63.48	35.81*	13.83 - 65.97	21.14*	6.14 - 52.33	7.97*	1.48 - 33.31
Fontibón	0	0	1.7*	0.25 - 10.49	6.62*	1.76 - 21.88	8.89*	3.7 - 19.85	64.94*	35.5 - 86.17	17.86*	5.08 - 46.94
Kennedy	0	0	10.82*	1.68 - 46.25	12.57*	3.9 - 33.75	12.5*	5.02 - 27.83	34.76*	13.32 - 64.87	29.36*	12.93 - 53.76
La Candelaria	12.35*	7.78 - 19.04	5.29*	2.3 - 11.71	13.92*	9.53 - 19.89	25.85	22.83 - 29.13	16.12*	10.58 - 23.8	26.47*	13.03 - 46.37
Los Mártires	0.77*	0.17 - 3.33	10.85*	4.52 - 23.84	8.5*	4.08 - 16.86	13.05*	6.01 - 26.05	40.86*	20.84 - 64.45	25.98*	13.14 - 44.88
Puente Aranda	0	0	4.06*	0.6 - 22.89	12.73*	2.62 - 44.16	22.18*	10.21 - 41.66	40.92*	23.39 - 61.09	20.12*	8.34 - 41.08
Rafael Uribe Uribe	0	0	2.56*	0.36 - 16.05	12.28*	4.96 - 27.31	16.1*	7.07 - 32.62	46.56*	25.34 - 69.1	22.5*	11.71 - 38.88
San Cristóbal	2.53*	0.36 - 15.76	1.21*	0.17 - 8.1	11.33*	4.28 - 26.74	33.3*	17.46 - 54.09	35.25*	16.31 - 60.32	16.39*	5.99 - 37.64
Santa Fe	0	0	4.22*	1.46 - 11.61	26.05*	12.58 - 46.3	29.03*	13.62 - 51.49	30*	17.64 - 46.16	10.7*	4.84 - 22
Suba	1.46*	0.19 - 10.29	0.79*	0.1 - 5.81	5.57*	1.89 - 15.29	27.54*	8.99 - 59.4	30.01*	10.77 - 60.39	34.63*	9.58 - 72.59
Sumapaz	0	0	14.22*	4.41 - 37.33	10.78*	3.75 - 27.24	10.78*	3.75 - 27.24	39.22*	21.52 - 60.29	25*	13.19 - 42.24
Teusaquillo	0	0	0	0	0	0	4.4*	1.02 - 17.02	85.99	60.29 - 96.13	9.61*	2.06 - 34.9
Tunjuelito	0	0	8.03*	2.83 - 20.74	11.71*	3.89 - 30.3	25.28*	11.85 - 45.98	27.09*	10.77 - 53.35	27.9*	14.4 - 47.11
Usaquén	0	0	26.03*	11.77 - 48.14	4.92*	1.79 - 12.83	16.72*	8.32 - 30.74	32.21*	16.66 - 53.04	20.12*	9.23 - 38.43
Usme	0.88*	0.17 - 4.29	9.18*	3.47 - 22.13	15.22*	7.51 - 28.43	22.44*	13.28 - 35.34	34.9*	23.07 - 48.94	17.37*	9.12 - 30.58

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Zonas:** al cruzar los datos de la escala de padres involucrados por zonas, se encuentra que se concentra en los puntajes 5 y 6 en el 57.11 % de las niñas y niños en zona urbana, y en el 67.41 % de las niñas y niños en zona rural.

Están en el puntaje 4: el 24.82 % de personas en zona urbana y el 21.69 % de personas en zona rural; mientras el 18.08 % en zona urbana y el 10.9 % en zona rural se concentran en los puntajes de bajo involucramiento (0-1, 2 y 3).

**Tabla 46.** Distribución escala de padres involucrados, según zona

Escala de padres involucrados												
Zona	0 -1		2		3		4		5		6	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	0.44*	0.13 - 1.45	5.63*	3.01 - 10.27	12.01*	8.16 - 17.33	24.82	18.9 - 31.86	33.9	26.67 - 41.97	23.21*	16.24 - 32.02
Rural	1.8	1.35 - 2.39	1.94*	0.63 - 5.86	7.16*	5.03 - 10.09	21.69*	15.11 - 30.12	44.86*	31.85 - 58.61	22.55*	15.28 - 31.99

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

# Capítulo 2

El estado de la salud mental  
de los habitantes de Bogotá





## 1. Niñas y niños

En este acápite se encuentran los signos y síntomas reportados por padres, madres, cuidadoras o cuidadores, que tienen a su cargo niños y niñas. También, contiene la información brindada por estos sobre diagnósticos, emitidos por un profesional en salud mental, recibidos alguna vez en la vida o en los últimos doce meses.

### 1.1. Signos y síntomas

Se aplicó el cuestionario de síntomas para niños y niñas (RQC) con el fin de obtener signos y síntomas en esta población; un instrumento que en el que cada ítem positivo indica la necesidad de evaluación integral, diagnóstico, tratamiento y seguimiento por parte de profesional en medicina especializada,

o profesional en psicología o trabajo social, según sea el caso, para el manejo respectivo.

Los problemas más frecuentes en las niñas y niños que se identifican con el RQC son: problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (34.38 %); jugar poco con otros(as) niños/as (32.91 %), y asustarse o ponerse nervioso/a sin razón (31.21 %). Los menos frecuentes son: haber robado cosas de la casa (3.78 %\*); haber dejado de hablar por temporadas o del todo (3.42 %\*), y haber necesitado cambio de institución educativa más de tres veces (3.22 %\*). En la siguiente tabla se presentan, en orden de mayor a menor, porcentaje y frecuencia todos los indicadores del RQC:

**Tabla 47. Resultados RQC**

Indicador	%	IC	#	IC
Haber tenido problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse	34.38	28.12 - 41.24	164.307	125.473 – 203.141
Jugar poco con otros/as niños/as	32.91	26.83 - 39.62	157.245	121.332 – 193.159
Asustarse o ponerse nervioso/a sin razón	31.21	24.59 - 38.7	149.129	106.418 – 191.840
Haber tenido problemas para aprender matemáticas	28.57	21.89 - 36.35	136534*	93.421 – 179.646
Comer muy poco y/o haber bajado de peso y/o haberse estancado en su crecimiento	24.24*	15.7 - 35.47	97.838*	47.190 – 148.485
Haber tenido problemas para aprender a leer o escribir	23.74	18.25 - 30.27	113.439	81.886 – 144.992
Quejarse de dolores de estómago, extremidades, mareos, ganas de vomitar u otras dolencias	23.3*	16.83 - 31.32	111.352*	69.822 – 152.881
Lenguaje anormal	20.11	15.09 - 26.28	96.090*	65.897 – 126.282
Haber sido víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico, por compañeros/as del colegio	18.98*	12.14 - 28.45	90722*	44.758 – 136.685
Dormir mal	18.19*	13.34 - 24.33	86.945*	57.754 – 116.137
Dolores de cabeza frecuentes	16.91*	11.32 - 24.52	80.831*	44.713 – 116.948
Tendencia a permanecer solo/a	16.7*	11.28 - 24.01	79.797*	46.680 – 112.915
Tener dificultad para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad	16.45	12.28 - 21.69	78.620	55.917 – 101.324
Comer en exceso	15.53*	11.32 - 20.92	74.202*	49.793 – 98.612
Dificultad para hacer amigos de la misma edad	14.55*	10.33 - 20.09	69.516*	43.698 – 95.334
Parecer retardado/a o lento/a para aprender	13.17*	9.37 - 18.2	62.921*	40.591 – 85.252
Haber molestado o agredido repetidamente a otros/as	8.31*	5.24 - 12.94	39.708*	21.291 – 58.126





Presentar comportamientos extraños como hablar solo/a, golpearse, morderse, halarse el pelo, rasguñarse	6.54*	3.55 - 11.74	31.233*	11.414 – 51.053
Convulsiones o caídas al suelo sin razón	6.49*	3.62 - 11.38	31.036*	12.651 – 49.422
Negarse a ir al colegio repetidamente	6.04*	3.67 - 9.79	28.867*	14.542 – 43.192
Caminar con dificultad o golpearse accidentalmente con frecuencia	5.35*	3.21 - 8.79	25.564*	12.646 – 38.482
Orinarse o defecar en la ropa/cama	5.24*	2.94 - 9.18	25.036*	10.530 – 39.543
Haber robado cosas de la casa	3.78*	1.91 - 7.36	18.080*	5.276 – 30.884
Haber dejado de hablar por temporadas o del todo	3.42*	1.53 - 7.46	16.342*	2.834 – 29.851
Haber necesitado cambio de institución educativa más de tres veces	3.22*	1.8 - 5.7	15.371*	6.309 – 24.433

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Sexo:** los problemas más frecuentes en niños son: haber tenido problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (40.56 %), jugar poco con otros/as niños/as (36.93 %); y haber tenido problemas para aprender a leer o escribir (26.69 %). Y para las niñas son: haber

tenido problemas para aprender matemáticas (37.12 %); asustarse o ponerse nerviosa sin razón (36.57 %), y comer muy poco, haber bajado de peso y/o haberse estancado en su crecimiento (32.41 %).

**Tabla 48. Resultados RQC - sexo**

Indicador	Sexo	%	IC	#	IC
Lenguaje anormal	Niño	19.86*	13.93 - 27.5	45.741*	27.700 – 63.781
	Niña	20.34*	12.89 - 30.57	50.349*	26.034 – 74.664
Dormir mal	Niño	14.61*	9.64 - 21.54	33.646*	19.232 – 48.060
	Niña	21.53*	13.99 - 31.64	53.299*	27.845 – 78.753
Convulsiones o caídas al suelo sin razón	Niño	5.35*	3.18 - 8.87	12.324*	5.944 – 18.704
	Niña	7.56*	3.05 - 17.52	18.712*	1.431 – 35.993
Dolores de cabeza frecuentes	Niño	9.39*	5.5 - 15.6	21.636*	9.767 – 33.505
	Niña	23.91*	14.26 - 37.26	59.195*	25.054 – 93.336
Haber huido de la casa frecuentemente	Niño	1.94*	0.28 - 12.27	4.479*	0 – 13.186
	Niña	0.2*	0.05 - 0.74	483*	0 – 1.117
Haber robado cosas de la casa	Niño	3.74*	1.57 - 8.68	8.620*	1.048 – 16.192
	Niña	3.82*	1.35 - 10.31	9.460*	0 – 19.788
Asustarse o ponerse nervioso/a sin razón	Niño	25.44	18.8 - 33.45	58.593*	39.687 – 77.498
	Niña	36.57*	25.96 - 48.67	90.536*	53.919 – 127.153
Parecer retardado/a o lento/a para aprender	Niño	14.68*	9.05 - 22.93	33.810*	16.474 – 51.146
	Niña	11.76*	7.36 - 18.27	29.111*	14.885 – 43.337
Jugar poco con otros/as niños/as	Niño	36.93	28.16 - 46.66	85.057*	55.574 – 114.539
	Niña	29.16	21.62 - 38.05	72.189*	50.785 – 93.593



Indicador	Sexo	%	IC	#	IC
Orinarse o defecar en la ropa/ cama	Niño	7.77*	3.7 - 15.59	17.899*	4.258 – 31.539
	Niña	2.88*	1.4 - 5.86	7.138*	2.186 – 12.090
Haber dejado de hablar por temporadas o del todo	Niño	0.87*	0.19 - 3.87	2.014*	0 – 5.049
	Niña	5.79*	2.42 - 13.23	14.329*	1.166 – 27.492
Dificultad para hacer amigos de la misma edad	Niño	16.7*	10.38 - 25.76	38.465*	18.135 – 58.795
	Niña	12.54*	7.62 - 19.96	31.050*	14.753 – 47.348
Tendencia a permanecer solo/a	Niño	15.31*	9.6 - 23.54	35.272*	17.946 – 52.597
	Niña	17.99*	9.86 - 30.53	44.526*	16.112 – 72.940
Caminar con dificultad o golpearse accidentalmente con frecuencia	Niño	6.2*	2.92 - 12.67	14.270*	3.383 – 25.157
	Niña	4.56*	2.38 - 8.56	11.294*	4.296 – 18.292
Presentar comportamientos extraños como hablar solo/a, golpearse, morderse, halarse el pelo, rasguñarse	Niño	6.73*	3.12 - 13.93	15.510*	3.371 – 27.649
	Niña	6.35*	2.48 - 15.32	15.723*	208 – 31.239
Haber tenido problemas para aprender a leer o escribir	Niño	26.69*	19.41 - 35.51	61.481*	39.316 – 83.647
	Niña	20.99*	13.43 - 31.26	51.958*	29.237 – 74.679
Haber tenido problemas para aprender matemáticas	Niño	19.39*	13.59 - 26.88	44.648*	27.782 – 61.514
	Niña	37.12*	25.82 - 50.02	91.886*	53.326 – 130.446
Haber sido víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico, por compañeros/as del colegio	Niño	19.33*	12.11 - 29.41	44.521*	21.456 – 67.587
	Niña	18.66*	8.67 - 35.66	46.200*	6.337 – 86.063
Haber molestado o agredido repetidamente a otros/as	Niño	14.77*	9.09 - 23.08	34.010*	16.488 – 51.531
	Niña	2.3*	0.81 - 6.39	5.698*	0 – 11.579
Haber tenido problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse	Niño	40.56	31.81 - 49.96	93.421*	64.580 – 122.262
	Niña	28.64*	20.31 - 38.72	70.886*	44.463 – 97.309
Haber necesitado cambio de institución educativa más de tres veces	Niño	4.65*	2.17 - 9.67	10.709*	2.429 – 18.989
	Niña	1.88*	0.82 - 4.24	4.662*	951 – 8.373
Negarse a ir al colegio repetidamente	Niño	7.34*	3.6 - 14.37	16.895*	4.574 – 29.217
	Niña	4.84*	2.53 - 9.04	11.972*	4.565 – 19.378
Tener dificultad para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad	Niño	21.04*	14.77 - 29.07	48.469*	30.087 – 66.851
	Niña	12.18*	7.66 - 18.82	30.152*	16.797 – 43.506
Comer en exceso	Niño	16.63*	10.68 - 24.97	38.308*	19.516 – 57.099
	Niña	14.5*	9.07 - 22.39	35.894*	20.014 – 51.775
Comer muy poco y/o haber bajado de peso y/o haberse estancado en su crecimiento	Niño	15.23*	9.77 - 22.98	29.248*	15.532 – 42.965
	Niña	32.41*	18.32 - 50.61	68.590*	19.666 – 117.513
Quejarse de dolores de estómago, extremidades, mareos, ganas de vomitar u otras dolencias	Niño	18.35*	11.68 - 27.65	42.274*	21.495 – 63.053
	20	27.9*	17.56 - 41.29	69.078*	32.999 – 105.156

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Estrato sociodemográfico:** los principales problemas en los niños y niñas del estrato 1 son: problemas para aprender matemáticas (34.46 %); jugar poco con otros/as niños/as (31.84 %), y asustarse o ponerse nervioso/a sin razón (31.67 %). En el estrato 2 son: problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (37.19 %); asustarse o ponerse nervioso/a sin razón (36.26 %), y jugar poco con otros/as niños/as (35.17 %). En el estrato 3 son: haber sido víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico, por compañeros/as del colegio (33.6 %); jugar poco con otros/as niños/as (30.39 %), y haber tenido problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (30.37 %). En los estratos 4, 5 y 6 son: problemas para

fijar y mantener la atención o concentrarse (57.01 %); tendencia a permanecer solo/a (55.88 %), y dificultad para hacer amigos de la misma edad (41.67 %). En las personas que contestaron NS/NR, son: jugar poco con otros/as niños/as (40.85 %); tendencia a permanecer solo/a (40.85 %), y haber sido víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico, por compañeros/as del colegio (40.85 %). Y para las personas del área rural son: encontrar niñas y niños que están comiendo muy poco y/o han bajado de peso y/o se han estancado en su crecimiento (86.67 %); jugar poco con otros/as niños/as (53.16 %), y comer en exceso (49.5 %).

**Tabla 49. Resultados RQC - estrato socioeconómico**

Indicador	Estrato	%	IC	#	IC
Lenguaje anormal	1	23.18*	13.31 - 37.22	20.580*	8.146 - 33.014
	2	23.77*	16.2 - 33.45	58.956*	33.251 - 84.660
	3	11.74*	6.02 - 21.62	15.507*	5.980 - 25.033
	4, 5 y 6	10.54*	1.97 - 40.84	851*	0 - 2.067
	Rural	37.03*	25.6 - 50.12	197*	0 - 440
Dormir mal	1	18.14*	9.95 - 30.76	16.107*	5.811 - 26.402
	2	23.08*	15.58 - 32.78	57.244*	31.400 - 83.089
	3	9.81*	4.75 - 19.2	12.966*	4.100 - 21.832
	4, 5 y 6	7.78*	1 - 41.32	628*	0 - 1.792
Convulsiones o caídas al suelo sin razón	1	9.05*	4.78 - 16.48	8.040*	3.022 - 13.057
	2	8.77*	3.99 - 18.2	21.748*	4.091 - 39.406
	3	0.94*	0.32 - 2.73	1.248*	0 - 2.518
Dolores de cabeza frecuentes	1	13.69*	6.34 - 27.07	12.152*	2.400 - 21.904
	2	23.71*	14.57 - 36.15	58.807*	24.341 - 93.273
	3	7.26*	3.97 - 12.94	9.598*	45.91 - 14.604
	NS/NR	28.51	28.51 - 28.51	77	77 - 77
	Rural	10	25.6 - 50.12	197*	0 - 440
Haber huido de la casa frecuentemente	1	0.26*	0.04 - 1.77	233*	0 - 682
	2	0.1*	0.02 - 0.61	250*	0 - 697
	3	3.39*	0.48 - 20.21	4.479*	0 - 13.186



Indicador	Estrato	%	IC	#	IC
Haber robado cosas de la casa	1	0.88*	0.25 - 3.05	779*	0 - 1.751
	2	6.25*	2.92 - 12.87	15.505*	2.882 - 28.129
	3	1.36*	0.45 - 4.05	1.796*	0 - 3.707
Asustarse o ponerse nervioso/a sin razón	1	31.67*	21.22 - 44.36	28.117*	16.142 - 40.092
	2	36.26	27.17 - 46.45	89.942*	53.393 - 126.492
	3	22.84*	13.36 - 36.25	30.181*	15.815 - 44.546
	4, 5 y 6	8.12*	1.12 - 40.83	655*	0 - 1.819
	Rural	43.77	37.82 - 49.89	233*	0 - 479
Parecer retardado/a o lento/a para aprender	1	18.29*	10.4 - 30.15	16.240*	6.762 - 25.719
	2	12.89*	8 - 20.11	31.979**	15.475 - 48.482
	3	10.48*	4.4 - 22.94	13.842*	2.038 - 25.646
	4, 5 y 6	7.78*	1 - 41.32	628*	0 - 1.792
	Rural	43.77	37.82 - 49.89	233*	0 - 479
Jugar poco con otros/as niños/as	1	31.84*	21.46 - 44.4	28.271*	16.336 - 40.205
	2	35.17	27.22 - 44.05	87.253*	60.091 - 114.415
	3	30.39*	18.49 - 45.67	40.155*	21.309 - 59.000
	4, 5 y 6	14.54*	2 - 58.67	1.174*	0 - 3.348
	NS/NR	40.85	40.85 - 40.85	110	110 - 110
	Rural	53.16	44.42 - 61.72	283*	10 - 555
Orinarse o defecar en la ropa/cama	1	3.8*	1.38 - 10.06	3.378*	0 - 6.764
	2	5.48*	2.47 - 11.69	13.589*	2.828 - 24.349
	3	6.08*	1.93 - 17.55	8.034*	0 - 17.159
	Rural	6.73*	1.67 - 23.44	36*	0 - 75
Haber dejado de hablar por temporadas o del todo	1	1.76*	0.26 - 11.09	1.567*	0 - 4.570
	2	5.73*	2.39 - 13.12	14.213*	1.051 - 27.375
	3	0.4*	0.15 - 1.03	527*	62 - 992
	Rural	6.73*	1.67 - 23.44	36*	0 - 75
Dificultad para hacer amigos de la misma edad	1	7.23*	3.63 - 13.87	6.419*	2.116 - 10.722
	2	15.73*	10.35 - 23.17	39.018*	20.688 - 57.348
	3	15.5*	6.86 - 31.35	20.482*	3.607 - 37.356
	4, 5 y 6	41.67*	9.22 - 83.41	3.364*	0 - 9.369
	Rural	43.77	37.82 - 49.89	233*	0 - 479
Tendencia a permanecer solo/a	1	11.29*	6.05 - 20.09	10.027*	3.881 - 16.173
	2	19.42*	11.01 - 31.95	48.183*	18.423 - 77.943
	3	12.69*	6.08 - 24.6	16.770*	4.840 - 28.699
	4, 5 y 6	55.88*	19.04 - 87.21	4.511*	0 - 10.897
	NS/NR	40.85	40.85 - 40.85	110	110 - 110
	Rural	37.03*	25.6 - 50.12	197*	0 - 440
Caminar con dificultad o golpearse accidentalmente con frecuencia	1	3.86*	1.84 - 7.93	3.429*	952 - 5.906
	2	6.39*	3.34 - 11.87	15.851*	5.828 - 25.874
	3	4.76*	1.36 - 15.34	6.284*	0 - 14.053



Indicador	Estrato	%	IC	#	IC
Presentar comportamientos extraños como hablar solo/a, golpearse, morderse, halarse el pelo, rasguñarse.	1	3.66*	1.6 - 8.16	3.248*	619 - 5.877
	2	8.51*	3.91 - 17.52	21.111*	3.660 - 38.563
	3	5.2*	1.38 - 17.72	6.874*	0 - 15.941
Haber tenido problemas para aprender a leer o escribir	1	20.81*	12.15 - 33.31	18.481*	8.114 - 28.848
	2	29.37*	21.06 - 39.32	72.853*	46.258 - 99.447
	3	15.77*	8.07 - 28.53	20.830*	7.458 - 34.202
	4, 5 y 6	12.91*	2.74 - 43.81	1.042*	0 - 2.382
	Rural	43.77	37.82 - 49.89	233*	0 - 479
Haber tenido problemas para aprender matemáticas	1	34.46*	23.2 - 47.78	30.595*	17.182 - 44.008
	2	33.55*	23.32 - 45.59	83.225*	43.680 - 122.769
	3	16.54*	9.3 - 27.7	21.853*	10.520 - 33.186
	4, 5 y 6	7.78*	1 - 41.32	628*	0 - 1.792
	Rural	43.77	37.82 - 49.89	233*	0 - 479
Haber sido víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico, por compañeros/as del colegio	1	9.63*	5.43 - 16.5	8.551*	3.796 - 13.307
	2	15.16*	8.98 - 24.45	37.609*	16.012 - 59.206
	3	33.6*	16.3 - 56.78	44.388*	3.909 - 84.868
	4, 5 y 6	0.33*	0.08 - 1.42	27*	0 - 58
	NS/NR	40.85	40.85 - 40.85	110	110 - 110
	Rural	6.73*	1.67 - 23.44	36*	0 - 75
Haber molestado o agredido repetidamente a otros/as	1	15.56*	7.5 - 29.52	13.820*	3.225 - 24.414
	2	5.74*	2.71 - 11.76	14.238*	3.577 - 24.899
	3	8.82*	3.44 - 20.78	11.650*	869 - 22.432
Haber tenido problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse	1	30.42*	19.88 - 43.52	27.012*	14.572 - 39.451
	2	37.19	28.96 - 46.23	92.252*	61.215 - 123.289
	3	30.37*	18.36 - 45.84	40.132*	20.710 - 59.554
	4, 5 y 6	57.01*	19.46 - 87.91	4.602*	0 - 10.765
	NS/NR	28.51	28.51 - 28.51	77	77 - 77
	Rural	43.77	37.82 - 49.89	233*	0 - 479
Haber necesitado cambio de institución educativa más de tres veces	1	1.83*	0.59 - 5.54	1.624*	0 - 3.447
	2	3.57*	1.88 - 6.66	8.853*	2.996 - 14.711
	3	3.7*	0.93 - 13.63	4.894*	0 - 11.571
Negarse a ir al colegio repetidamente	1	7.31*	3.7 - 13.95	6.493*	2.142 - 10.844
	2	4.36*	2.03 - 9.11	10.825*	2.623 - 19.027
	3	8.48*	3.14 - 20.96	11.206*	219 - 22.193
	NS/NR	40.85	40.85 - 40.85	110	110 - 110
	Rural	43.77	37.82 - 49.89	233*	0 - 479
Tener dificultad para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad	1	18.48*	11.05 - 29.25	16.407*	7.807 - 25.008
	2	18.75*	12.6 - 26.97	46.509*	27.844 - 65.174
	3	11.38*	5.65 - 21.6	15.040*	5.116 - 24.965
	4, 5 y 6	7.78*	1 - 41.32	628*	0 - 1.792
	Rural	6.73*	1.67 - 23.44	36*	0 - 75



Indicador	Estrato	%	IC	#	IC
Comer en exceso	1	23.3*	13.99 - 36.2	20.691*	9.344 – 32.038
	2	16.47*	10.52 - 24.84	40.853*	21.368 – 60.337
	3	8.89*	3.87 - 19.12	11.741*	2.349 – 21.132
	4, 5 y 6	8.12*	1.12 - 40.83	655*	0 - 1.819
	Rural	49.5	40.56 - 58.48	263*	0 - 528
Comer muy poco y/o haber bajado de peso y/o haberse estancado en su crecimiento	1	6.06*	2.98 - 11.94	4.130*	1.298 – 6.963
	2	28.89*	17.58 - 43.63	59.870*	24.523 – 95.217
	3	27.82*	10.73 - 55.29	33.494*	0 – 71.055
	NS/NR	40.85	40.85 - 40.85	110	110 - 110
	Rural	86.67	61.57 - 96.35	233*	0 - 479
Quejarse de dolores de estómago, extremidades, mareos, ganas de vomitar u otras dolencias	1	16.88*	9.27 - 28.76	14.993*	5.615 – 24.370
	2	28.77*	18.87 - 41.23	71.380*	34.173 – 108.586
	3	18.76*	9.69 - 33.18	24.783*	8.694 – 40.871
	Rural	37.03*	25.6 - 50.12	197*	0 - 440

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Pertenencia étnica:** los principales problemas que afrontan las niñas y niños indígenas son: dolores de estómago, extremidades, mareos, ganas de vomitar u otras dolencias (45.02 %); dormir mal (32.71 %), y tener problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (29.14 %). Los que afrontan niñas y niños afrodescendientes son: problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (66.35 %); comer en exceso para su edad (61.86 %), y dificultades para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad (46.43 %). Para las

niñas y niños raizales los principales problemas son: tender a permanecer solos (100 %); problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (100 %); y dificultades para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad (100 %). Y para las niñas y niños que no tienen pertenencia étnica, los principales problemas son: casi nunca juegan con otros niños/as o adolescentes (33.86 %); problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (32.78 %); y asustarse o se ponerse nervioso/a sin razón (31.66 %).

**Tabla 50. Resultados RQC - pertenencia étnica**

Indicador	Estrato	%	IC	#	IC
Lenguaje anormal	Indígena	18.81*	5.16 - 49.64	1.946*	0 – 4.395
	Afrodescendiente	7.99*	2.97 - 19.78	1.753*	376 – 3.131
	Sin pertenencia étnica	20.78	15.45 - 27.37	92.391*	62.323 – 122.458
Dormir mal	Indígena	32.71*	11.21 - 65.17	3.384*	0 – 7.179
	Afrodescendiente	22.25*	6.69 - 53.3	4.880*	0 – 10.569
	Sin pertenencia étnica	17.7*	12.68 - 24.16	78.681*	50.300 – 107.062
Convulsiones o caídas al suelo sin razón	Afrodescendiente	4.51*	1.2 - 15.49	990*	0 – 2.156
	Sin pertenencia étnica	6.76*	3.7 - 12.02	30.047*	11.696 – 48.397



Indicador	Estrato	%	IC	#	IC
Dolores de cabeza frecuentes	Indígena	15.09*	3.82 - 44.28	1.561*	0 – 3.627
	Afrodescendiente	33.38*	10.22 - 68.8	7.322*	0 – 16.855
	Sin pertenencia étnica	16.19*	10.46 - 24.2	71.947*	37.161 – 106.734
Haber huido de la casa frecuentemente	Sin pertenencia étnica	1.12*	0.19 - 6.2	4.962*	0 – 13.691
Haber robado cosas de la casa	Indígena	3.52*	0.53 - 19.94	365*	0 – 1.024
	Sin pertenencia étnica	3.99*	1.99 - 7.83	17.715*	4.928 – 30.503
Asustarse o ponerse nervioso/a sin razón	Indígena	23.28*	7.74 - 52.32	2.409*	0 – 4.917
	Afrodescendiente	27.3*	9.71 - 56.75	5.989*	188 – 11.790
	Sin pertenencia étnica	31.66	24.68 - 39.58	14.0730*	98.452 – 183.009
Parecer retardado/a o lento/a para aprender	Indígena	20.92*	5.32 - 55.46	2.165*	0 – 5.158
	Afrodescendiente	12.61*	5.18 - 27.59	2.766*	967 – 4.566
	Sin pertenencia étnica	13.05*	9.06 - 18.42	57.991*	35.905 – 80.076
Jugar poco con otros/as niños/as	Indígena	21.14*	6.83 - 49.51	2.188*	0 – 4.523
	Afrodescendiente	20.61*	8.92 - 40.78	4.522*	1.898 – 7.145
	Sin pertenencia étnica	33.86	27.41 - 40.98	150.536	114.756 – 186.316
Orinarse o defecar en la ropa/cama	Afrodescendiente	22.15*	3.62 - 68.3	4.859*	0 – 14.225
	Sin pertenencia étnica	4.54*	2.61 - 7.79	20.177*	9.100 – 31.255
Haber dejado de hablar por temporadas o del todo	Indígena	6.51*	0.89 - 35.13	674*	0 – 1.984
	Sin pertenencia étnica	3.52*	1.53 - 7.9	15.668*	2.219 – 29.117
Dificultad para hacer amigos de la misma edad	Indígena	6.51*	0.89 - 35.13	674*	0 – 1.984
	Afrodescendiente	24.49*	6.07 - 61.97	5.373*	0 – 13.160
	Sin pertenencia étnica	14.28*	9.98 - 20.01	63.469*	38.782 – 88.156
Tendencia a permanecer solo/a	Indígena	22.58*	7.48 - 51.27	2.337*	0 – 4.767
	Raizal	100	100 - 100	1.031*	0 – 3.036
	Afrodescendiente	26.34*	7.13 - 62.47	5.777*	0 – 13.608
	Sin pertenencia étnica	15.89*	10.33 - 23.66	70.652*	38.555 – 102.750
Caminar con dificultad o golpearse accidentalmente con frecuencia	Indígena	13.48*	1.99 - 54.41	1.395*	0 – 4.084
	Afrodescendiente	2.05*	0.31 - 12.45	451*	0 – 1.261
	Sin pertenencia étnica	5.34*	3.11 - 9	23.718*	11.092 – 36.345
Presentar comportamientos extraños como hablar solo/a, golpearse, morderse, halarse el pelo, rasguñarse.	Indígena	15.07*	3.85 - 44.03	1.559*	0 – 3.606
	Afrodescendiente	3.88*	0.87 - 15.63	852*	0 – 2.018
	Sin pertenencia étnica	6.48*	3.38 - 12.1	28.823*	9.285 – 48.360
Haber tenido problemas para aprender a leer o escribir	Indígena	21.1*	6.73 - 49.79	2.184*	0 – 4.553
	Afrodescendiente	34.02*	10.67 - 68.99	7462*	0 – 16.989
	Sin pertenencia étnica	23.35	17.73 - 30.1	103.793	73.754 – 133.833
Haber tenido problemas para aprender matemáticas	Indígena	12.64*	3.63 - 35.76	1.308*	0 – 2.819
	Afrodescendiente	30.66*	11.62 - 59.79	6.725*	750 – 12.700
	Sin pertenencia étnica	28.91	21.86 - 37.15	128.501*	85.800 – 171.202



Indicador	Estrato	%	IC	#	IC
Haber sido víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico, por compañeros/as del colegio	Afrodescendiente	27.88*	6.7 - 67.55	6116*	0 – 15.597
	Sin pertenencia étnica	19.03*	11.89 - 29.06	84.606*	39.570 – 129.642
Haber molestado o agredido repetidamente a otros/as	Indígena	7.64*	1.37 - 33.1	791*	0 – 2.105
	Afrodescendiente	40.37*	14.23 - 73.41	8.855*	0 – 19.781
	Sin pertenencia étnica	6.76*	4.12 - 10.92	3.0063*	15.212 – 44.913
Haber tenido problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse	Indígena	29.14*	9.86 - 60.72	3.015*	0 – 6.290
	Raizal	100	100 - 100	1.031*	0 – 3.036
	Afrodescendiente	66.35*	40.74 - 84.97	14.554*	1.224 – 27.883
	Sin pertenencia étnica	32.78	26.44 - 39.82	145.707	109.328 – 182.086
Haber necesitado cambio de institución educativa más de tres veces	Afrodescendiente	8.22*	2.83 - 21.56	1.802*	203 – 3.402
	Sin pertenencia étnica	3.05*	1.61 - 5.7	13.569*	4.823 – 22.315
Negarse a ir al colegio repetidamente	Afrodescendiente	4.5*	1.35 - 13.93	987*	0 – 2.016
	Sin pertenencia étnica	6.27*	3.75 - 10.32	27.880*	13.600 – 42.160
Tener dificultad para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad	Indígena	16.74*	5.04 - 43.23	1.732*	0 – 3.680
	Raizal	100	100 - 100	1.031*	0 – 3.036
	Afrodescendiente	46.43*	18.98 - 76.22	10.184*	0 – 21.177
	Sin pertenencia étnica	14.77*	10.85 - 19.8	65.673*	46.007 – 85.339
Comer en exceso	Indígena	14.55*	3.81 - 42.22	1.505*	0 – 3.432
	Afrodescendiente	61.86*	35.35 - 82.79	13.569*	267 – 26.870
	Sin pertenencia étnica	13.3*	9.51 - 18.31	59.129*	38.662 – 79.596
Comer muy poco y/o haber bajado de peso y/o haberse estancado en su crecimiento	Indígena	6.25*	1.41 - 23.74	553*	0 – 1.301
	Afrodescendiente	18.44*	7.52 - 38.59	1.542*	200 – 2.885
	Sin pertenencia étnica	24.84*	15.96 - 36.51	95.743*	45.117 – 146.368
Quejarse de dolores de estómago, extremidades, mareos, ganas de vomitar u otras dolencias	Indígena	45.02*	18.73 - 74.43	4.659*	106 – 9.211
	Afrodescendiente	10.54*	3.92 - 25.38	2.312*	481 – 4.143
	Sin pertenencia étnica	23.48*	16.65 - 32.04	104.381*	63.105 – 145.657

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** La mayoría de los datos por localidades presentan un error mayor al 15 %, luego su interpretación debe tomarse con

precaución y, en todo caso, solo de manera indicativa. A continuación, se presenta una tabla resumen, donde se señalan las tres localidades con las tasas más altas por cada ítem.



**Tabla 51. Resultados RQC - resumen localidades**

Indicador	Tasas más altas (%) - Top 3 localidades
Lenguaje anormal	Barrios Unidos (68.42*) - Kennedy (46.29*) - Antonio Nariño (32.51*)
Dormir mal	Barrios Unidos (68.42*) - Rafael Uribe Uribe (38.31*) - Bosa (35.98*)
Convulsiones o caídas al suelo sin razón	Engativá (26.38*) - Sumapaz (25*) - Usme (21.12*)
Dolores de cabeza frecuentes	Tunjuelito (41.3*) - Rafael Uribe Uribe (31.22*) - La Candelaria (23.81*)
Haber huido de la casa frecuentemente	Kennedy (6.85*) - Usme (1.61*)
Haber robado cosas de la casa	Sumapaz (14.22*) - Engativá (13.6*) - Puente Aranda (8.41*)
Asustarse o ponerse nervioso/a sin razón	Barrios Unidos (68.42*) - Tunjuelito (49.35*) - Usme (41.38*)
Parecer retardado/a o lento/a para aprender	Barrios Unidos (68.42*) - Ciudad Bolívar (22.64*) - Kennedy (19.78*)
Jugar poco con otros/as niños/as	Sumapaz (60.78*) - Kennedy (54.35*) - San Cristóbal (53.58*)
Orinarse o defecar en la ropa/cama	Barrios Unidos (68.42*) - Sumapaz (25*) - Santa Fe (23.38*)
Haber dejado de hablar por temporadas o del todo	Kennedy (10.8*) - Sumapaz (10.78*) - Engativá (7.95*)
Dificultad para hacer amigos de la misma edad	Teusaquillo (55.76*) - Sumapaz (50*) - Engativá (39.06*)
Tendencia a permanecer solo/a	Teusaquillo (55.76*) - Kennedy (33.16*) - Engativá (31.18*)
Caminar con dificultad o golpearse accidentalmente con frecuencia	Barrios Unidos (68.42) - Tunjuelito (14.83*) - Sumapaz (14.22)
Presentar comportamientos extraños como hablar solo/a, golpearse, morderse, halarse el pelo, rasguñarse	Kennedy (20.47*) - Santa Fe (20.06*) - San Cristóbal (8.18*)
Haber tenido problemas para aprender a leer o escribir	Barrios Unidos (68.42*) - La Candelaria (45.98) - Santa Fe (42.11*)
Haber tenido problemas para aprender matemáticas	Kennedy (0.94*) - Ciudad Bolívar (38.01*) - Usme (34.79*)
Haber sido víctima de abusos, o maltrato físico o psicológico, por compañeros/as del colegio	Barrios Unidos (68.42*) - Engativá (41.11*) - Suba (31.15*)
Haber molestado o agredido repetidamente a otros/as	Engativá (9.97*) - San Cristóbal (15.9*) - Kennedy (11.8*)
Haber tenido problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse	Barrios Unidos (68.42*) - Teusaquillo (66.4*) - Sumapaz (64.22)
Haber necesitado cambio de institución educativa más de tres veces	Sumapaz (14.22*) - Puente Aranda (11.89*) - Bosa (9.14*)
Negarse a ir al colegio repetidamente	Engativá (16.66*) - Usme (16.03*) - Santa Fe (13.03*)
Tener dificultad para seguir normas, límites o respetar figuras de autoridad	Engativá (33.53*) - Usme (25.22*) - Sumapaz (25*)
Comer en exceso	Los Martires (33.68*) - Santa Fe (32.18*) - Engativá (28.09*)
Comer muy poco y/o haber bajado de peso y/o haberse estancado en su crecimiento	Engativá (45.32*) - Suba (44.97*) - Tunjuelito (43.95*)
Quejarse de dolores de estómago, extremidades, mareos, ganas de vomitar u otras dolencias	Barrios Unidos (68.42*) - Engativá (35.94*) - Kennedy (30.44*)

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Zona:** las principales dificultades a las que se ven expuestas las niñas y los niños en la zona urbana son: los problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (34.35 %); jugar muy poco con otros niños/as (32.8 %), y asustarse o ponerse nervioso/a sin razón (31.16 %). Los problemas de las niñas y niños en zona rural son prácticamente los mismos, pero su orden varía: el principal es jugar muy poco con otros niños/as (54.19 %); siguen los problemas para fijar y mantener la atención o concentrarse (41.7 %), y asustarse o ponerse nervioso/a sin razón (41.11 %).

Los cuatro acápites que se encuentran a continuación se derivan de la pregunta: “¿Su hijo, hija o niña(o) a cargo ha sido diagnosticado alguna vez en su vida con (trastorno)?”. Frente

a la respuesta afirmativa se indagó: “¿Recibió este diagnóstico en los últimos 12 meses?”.

### 1.2. Diagnóstico de trastornos del desarrollo intelectual

El 2.53 %\* de las niñas y niños han sido diagnosticados alguna vez en la vida con trastorno del desarrollo intelectual o retardo mental, de ellos el 73.74 % fueron diagnosticados en el último año.

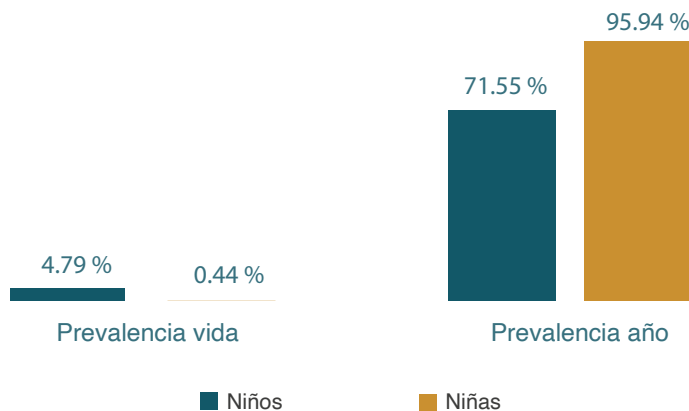
**Sexo:** se observa que el 4.79 %\* de los niños y el 0.44 %\* de las niñas, fueron diagnosticados alguna vez en la vida con trastorno del desarrollo intelectual o retardo mental, el 71.55 %\* de los niños y 95.94 % de las niñas fueron diagnosticados durante el último año.

**Tabla 52.** Trastorno del desarrollo intelectual- total y sexo

Trastorno del desarrollo intelectual (retardo mental)				
Total y sexo	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	5	IC
Total	2.53*	.08 – 5.85	73.74*	20.8 – 96.78
Niños	4.79*	1.9 – 11.52	71.55*	16.98 – 96.87
Niñas	0.44*	0.15 – 1.31	95.94	55.74 – 99.77

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 38.** Trastorno del desarrollo intelectual, según sexo





**Estrato socioeconómico:** han sido diagnosticados alguna vez en su vida con trastorno del desarrollo intelectual o retardo mental: el 0.25 %\* de las niñas y niños en estrato 1; el 2.63 %\* en estrato 2, y el 4.06 %\* en estrato 3. De estos

diagnósticos se realizaron en el último año: el 62.46 %\* de los casos en el estrato 2 y el 90.49 % de los casos en estrato 3; en el estrato 1 los diagnósticos se realizaron hace más de un año.

**Tabla 53.** Trastorno del desarrollo intelectual – estrato socioeconómico

Trastorno del desarrollo intelectual (retardo mental)				
Estratos	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
1	0.25*	0.04 – 1.7	-	-
2	2.63*	1.12 – 6.08	62.46*	10.41 – 95.97
3	4.06*	0.79 – 18.4	90.49	23.53 – 99.66

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Pertenencia étnica:** el trastorno del desarrollo intelectual o retardo mental ha sido diagnosticado alguna vez en la vida en: el 0.25 %\* de las niñas y niños indígenas; el 2.63 %\* de las niñas y niños afrodescendientes, y en el 4.06 %\* de las niñas y niños sin pertenencia étnica. En el último año

se realizaron el 62.46 %\* de los diagnósticos en niñas y niños afrodescendientes, y el 90.49 % de los diagnósticos en niñas y niños sin pertenencia étnica; los diagnósticos en niñas y niños indígenas se realizaron hace más de un año.

**Tabla 54.** Trastorno del desarrollo intelectual – pertenencia étnica

Trastorno del desarrollo intelectual (retardo mental)				
Grupo étnico	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Indígena	0.25*	0.04 – 1.7	-	-
Afrodescendiente	2.63*	1.12 – 6.08	62.46*	10.41 – 95.97
Sin pertenencia étnica	4.06*	0.79 – 18.4	90.49	23.53 – 99.66

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** el trastorno del desarrollo intelectual o retardo mental ha sido diagnosticado alguna vez en la vida en niños y niñas de 12 localidades<sup>1</sup>, en orden de mayor a menor tasa, son: Kennedy (7.36 %); San Cristóbal (5.63 %); Puente Aranda (5.23 %); Suba (3.37 %); Bosa (2.97 %); Antonio Nariño (2.3 %); Rafael Uribe Uribe (1.47 %); Santa Fe (1.24 %); Fontibón (1.12 %); Usme (0.73 %); Los Mártires (0.71 %),

y Chapinero (0.6 %). Este diagnóstico se realizó durante el último año en: el 100 % de las niñas y niños de las localidades de Kennedy, San Cristóbal, Bosa, Antonio Nariño, Santa Fe y Fontibón; en Puente Aranda en el 28.19 %; en Suba en el 19.11 %; y en las localidades de Rafael Uribe Uribe, Los Mártires y Chapinero los diagnósticos fueron realizados hace más de un año.

<sup>1</sup> La mayoría de los datos en los diferentes trastornos para las localidades presentan error mayor a 15 %, por lo tanto esta información debe manejarse con precaución y solo de manera indicativa. La encuesta no registró datos para las otras localidades, lo cual no necesariamente significa que en estas otras localidades no existan niñas y niños con diagnósticos de trastornos.

**Tabla 55.** Trastorno del desarrollo intelectual – localidades

Trastorno del desarrollo intelectual (retardo mental)				
Localidad	Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	2.3*	0.79 – 6.47	100	100 – 100
Bosa	2.97*	0.48 – 16.19	100	100 – 100
Chapinero	0.6*	0.1 – 3.47	-	-
Fontibón	1.12*	0.24 – 5.18	100	100 – 100
Kennedy	7.36*	1.18 – 34.51	100	100 – 100
Los Mártires	0.71*	0.16 – 3.12	-	-
Puente Aranda	5.23*	1.32 – 18.58	28.19*	1.29 – 92.18
Rafael Uribe Uribe	1.47*	0.22 – 9.32	-	-
San Cristóbal	5.63*	1.21 – 22.51	100	100 – 100
Santa Fe	1.24*	0.19 – 7.84	100	100 – 100
Suba	3.37*	0.61 – 16.66	19.11*	0.48 – 92.01
Usme	0.73*	0.11 – 4.87	-	-

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Zonas:** el 2.55 %\* de las niñas y niños en zona urbana han sido diagnosticados alguna vez en su vida con trastorno del desarrollo intelectual o retardo mental, en el último año se realizaron el 73.74 % de los diagnósticos. En la zona rural no se registran datos.

**Tabla 56.** Trastorno del desarrollo intelectual – zona

Trastorno del desarrollo intelectual (retardo mental)				
Zona	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Urbana	2.55*	1.08 – 5.88	73.74*	20.8 – 96.78
Rural	0	0	0	0

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

### 1.3. Diagnóstico de trastornos de desarrollo del aprendizaje

El 3.23 %\* de niñas y niños han sido diagnosticados alguna vez con trastorno del desarrollo del aprendizaje (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas), el 77.62 %\* fueron diagnosticados en el último año.

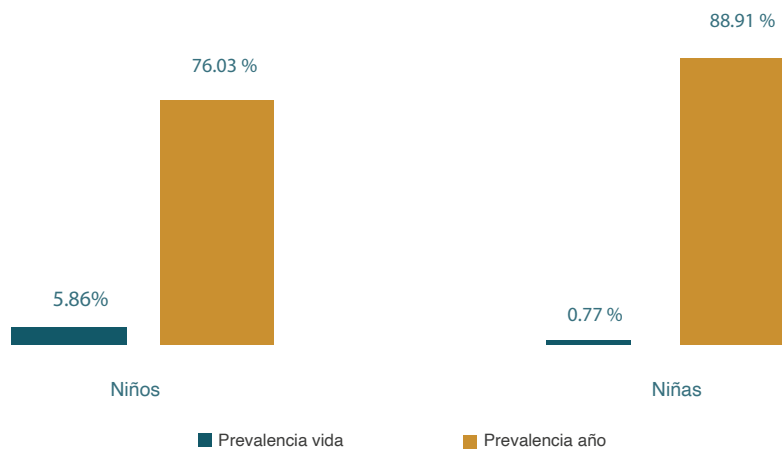
**Sexo:** con trastorno del desarrollo del aprendizaje (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas) fueron diagnosticados alguna vez en la vida: el 5.86 %\* de los niños y el 0.77 %\* de las niñas. En el último año diagnosticaron con este trastorno al 76.03 %\* de los niños y al 88.91 % de las niñas.



**Tabla 57.** Trastorno del desarrollo del aprendizaje – total y por sexo

Trastorno del desarrollo del aprendizaje				
Total y sexo	Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
<b>Total</b>	3.23*	1.61 - 6.4	77.62*	35.55 - 95.61
Niños	5.86*	2.71 - 12.21	76.03*	30.05 - 95.91
Niñas	0.77*	0.3 - 1.98	88.91	36.25 - 99.12

**Gráfica 39.** Trastorno del desarrollo del aprendizaje, según sexo



\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Estrato socioeconómico:** el trastorno del desarrollo del aprendizaje (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas) fue diagnosticado alguna vez en la vida en: el 1.37 %\* de las niñas y niños en estrato 1; el

3.37 %\* de las niñas y niños en estrato 2, y el 4.46 %\* de las niñas y niños en estrato 3. Los diagnósticos se realizaron en el último año en: el 100 % de niños y niñas en el estrato 1; el 73.06 %\* de niños y niñas en estrato 2, y en el 79.38 %\* de niños y niñas en el estrato 3.

**Tabla 58.** Trastorno del desarrollo del aprendizaje – estrato

Trastorno del desarrollo del aprendizaje				
Estratos	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
1	1.37*	0.38 - 4.75	100	100 - 100
2	3.37*	1.63 - 6.84	73.06*	19.72 - 96.77
3	4.46*	0.99 - 17.95	79.38*	20.3 - 98.31

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Pertenencia étnica:** el trastorno del desarrollo del aprendizaje (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas) fue diagnosticado alguna vez en la vida en: el 1.37 %\* de las niñas y niños indígenas; en el 3.37 %\* de las niñas y niños afrodescendientes, y en el 4.46 %\* de las

niñas y niños sin pertenencia étnica. En el último año se realizaron el 100 % de diagnósticos en niñas y niños indígenas; el 73.06 %\* de diagnósticos en niñas y niños afrodescendientes, y el 79.38 %\* de diagnósticos en niñas y niños sin pertenencia étnica.

**Tabla 59.** Trastorno del desarrollo del aprendizaje – pertenencia étnica

Trastorno del desarrollo del aprendizaje				
Grupo étnico	Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Indígena	1.37*	0.38 - 4.75	100	100 - 100
Afrodescendiente	3.37*	1.63 - 6.84	73.06*	19.72 - 96.77
Sin pertenencia étnica	4.46*	0.99 - 17.95	79.38*	20.3 - 98.31

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** el trastorno del desarrollo del aprendizaje (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas) ha sido diagnosticado alguna vez en niños y niñas de 12 localidades, en orden de mayor a menor tasa, son: Santa Fe (15.45 %); Kennedy (7.67 %); Chapinero (7.12 %); San Cristóbal (5.63 %); Puente Aranda (3.81 %); Suba (3.45 %); Bosa (2.97 %); Rafael Uribe Uribe (2.6 %); Engativá (2.36 %); Usme

(2.2 %); Fontibón (1.96 %); y Usaquén (0.71 %). Este diagnóstico fue realizado durante el último año en el 100% de los casos en las localidades de Santa Fe, Kennedy, Chapinero, San Cristóbal, Bosa, Rafael Uribe Uribe y Engativá; en Fontibón en el 57.28 % de los casos; en Suba en el 21.01 %; en Usme 20.84 %, y en Puente Aranda y Usaquén los diagnósticos se realizaron hace más de un año.

**Tabla 60.** Trastorno del desarrollo del aprendizaje - localidades

Trastorno del desarrollo del aprendizaje				
Localidad	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Bosa	2.97*	0.48 - 16.19	100	100 - 100
Chapinero	7.12*	1.24 - 31.92	100	100 - 100
Engativá	2.36*	0.36 - 13.83	100	100 - 100
Fontibón	1.96*	0.55 - 6.74	57.28	6.92 - 96.03
Kennedy	7.67*	1.23 - 35.67	100	100 - 100
Puente Aranda	3.81*	0.65 - 19.37	-	-
Rafael Uribe Uribe	2.6*	0.36 - 16.28	100	100 - 100
San Cristóbal	5.63*	1.21 - 22.51	100	100 - 100
Santa Fe	15.45*	5.61 - 35.96	100	100 - 100



Suba	3.45*	0.64 - 16.52	21.01	1.03 - 87.19
Usaquén	0.71*	0.1 - 4.64	-	-
Usme	2.2*	0.47 - 9.7	20.84*	2.36 - 74.14

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Zonas:** el trastorno del aprendizaje (dificultades en la escritura, la lectura o las matemáticas) ha sido diagnosticado alguna vez en la vida en el 3.21 % de las niñas y niños en zona urbana,

y en el 8.18 % de las niñas y niños en zona rural. Se realizaron durante el último año: el 52.21 % de los diagnósticos en zona urbana y el 67.17 % de los diagnósticos en zona rural.

**Tabla 61.** Trastorno del desarrollo del aprendizaje - zonas

Trastorno del desarrollo del aprendizaje				
Zona	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Urbana	3.21*	1.58 - 6.41	77.32*	34.94 - 95.59
Rural	8.18*	5.45 - 12.11	100	100 - 100

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

#### 1.4. Diagnóstico de trastornos por hiperactividad con déficit de atención

El trastorno por hiperactividad con déficit de atención le ha sido diagnosticado alguna vez en su vida al 8.68 % de las niñas y los niños, de los cuales el 52.27 %\* fue diagnosticado en el último año.

**Sexo:** el trastorno por hiperactividad con déficit de atención fue diagnosticado alguna vez en la vida al 11.63 %\* de los niños y al 5.93 %\* de las niñas; de ellos, el 64.17 %\* de los niños y el 30.55 %\* de las niñas fueron diagnosticados en el último año.

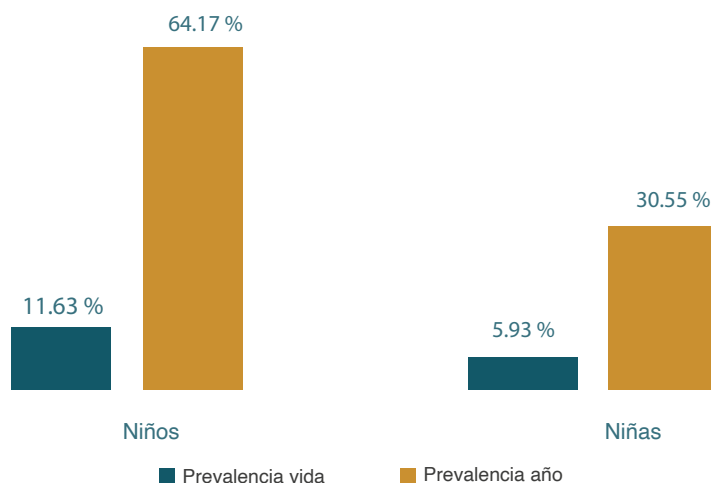
**Tabla 62.** Trastorno por hiperactividad con déficit de atención – total y por sexo

Trastorno por hiperactividad con déficit de atención				
Total y sexo	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Total	8.68*	5.62 - 13.16	52.27*	30.21 - 73.47
Niños	11.63*	7.12 - 18.41	64.17*	37.99 - 83.97
Niñas	5.93*	2.63 - 12.83	30.55*	5.91 - 75.51

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Gráfica 40.** Trastorno por hiperactividad con déficit de atención, según sexo



**Estrato:** el trastorno por hiperactividad con déficit de atención fue diagnosticado alguna vez en la vida en: el 8.03 %\* de las niñas y niños en estrato 1; en el 9.72 %\* de las niñas y niños en

estrato 2, y en el 7.74 %\* de las niñas y niños en estrato 3. Se realizaron en último año el 99.34 % de los diagnósticos en el estrato 1; el 40.01 %\* en el estrato 2, y el 48.36 %\* en el estrato 3.

**Tabla 63.** Trastorno por hiperactividad con déficit de atención - estrato

Trastorno por hiperactividad con déficit de atención				
Estratos	Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
1	8.03*	2.73 - 21.32	99.34	96.59 - 99.87
2	9.72*	5.7 - 16.08	40.01*	18.18 - 66.68
3	7.74*	2.83 - 19.45	48.36*	9.64 - 89.16

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Pertenencia étnica:** el trastorno por hiperactividad con déficit de atención fue diagnosticado alguna vez en la vida en: el 8.03 %\* de las niñas y niños indígenas; el 9.72 %\* de las niñas y niños afrodescendientes, y en el 7.74 %\* de las niñas y niños sin pertenencia étnica. Durante el último

año se realizaron el 99.34 % de diagnósticos en niñas y niños indígenas; el 40.01 %\* de diagnósticos en niñas y niños afrodescendientes, y el 48.36 %\* de diagnósticos en niñas y niños sin pertenencia étnica.



**Tabla 64.** Trastorno por hiperactividad con déficit de atención – pertenencia étnica

Trastorno por hiperactividad con déficit de atención				
Grupo étnico	Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Indígena	8.03*	2.73 - 21.32	99.34	96.59 - 99.87
Afrodescendiente	9.72*	5.7 - 16.08	40.01*	18.18 - 66.68
Sin pertenencia étnica	7.74*	2.83 - 19.45	48.36*	9.64 - 89.16

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** el trastorno por hiperactividad con déficit de atención ha sido diagnosticado alguna vez en la vida en niños y niñas de 16 localidades, en orden de mayor a menor: Kennedy (25.05 %); Sumapaz (25%); Santa Fe (18.74 %); Usme (10.15 %); Rafael Uribe Uribe (10.12 %); Chapinero (8.71 %); Bosa (8.67 %); San Cristóbal (7.51 %); Ciudad Bolívar (7.17 %); Usaquén (6.66 %); Suba (5.54 %); Engativá (2.36 %); Los Mártires (2.17 %); Antonio Nariño (1.23 %); Tunjuelito (0.95 %), y Fontibón (0.84 %).

**Tabla 65.** Trastorno por hiperactividad con déficit de atención - localidades

Trastorno por hiperactividad con déficit de atención				
Localidad	Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	1.23*	0.35 - 4.22	-	-
Bosa	8.67*	2.89 - 23.26	64.03*	13.94 - 95.14
Chapinero	8.71*	2.06 - 30.24	88.86	38.02 - 99.05
Ciudad Bolívar	7.17*	1.03 - 36.49	100	100 - 100
Engativá	2.36*	0.36 - 13.83	100	100 - 100
Fontibón	0.84*	0.13 - 5.37	-	-
Kennedy	25.05*	10.33 - 49.21	43.29*	10.62 - 83.06
Los Mártires	2.17*	0.63 - 7.19	21.48*	2.92 - 71.3
Rafael Uribe Uribe	10.12*	3.5 - 25.89	32.18*	5.55 - 79.3
San Cristóbal	7.51*	2.17 - 22.93	74.89*	19.97 - 97.27
Santa Fe	18.74*	7.93 - 38.18	56.54*	12.19 - 92.42
Suba	5.54*	1.43 - 19.19	13.1*	1.37 - 62.01
Sumapaz	25*	10.16 - 49.57	43.12	43.12 - 43.12
Tunjuelito	0.95*	0.31 - 2.85	70.81*	21.5 - 95.55
Usaquén	6.66*	1.84 - 21.33	-	-
Usme	10.15*	3.23 - 27.61	95.2	63.33 - 99.56

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Zonas:** el trastorno por hiperactividad con déficit de atención ha sido diagnosticado alguna vez en la vida en el 8.69 % de las niñas y niños en zona urbana y en el 5.92 % de las niñas y niños

en zona rural. El 52.21 % de los diagnósticos en zona urbana y el 67.17 % de los diagnósticos en zona rural se realizaron durante el último año.

**Tabla 66.** Trastorno por hiperactividad con déficit de atención - zona urbana o rural

Trastorno por hiperactividad con déficit de atención				
Zona	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Urbana	8.69	5.62 - 13.2	52.21	30.1 - 73.49
Rural	5.92	2.73 - 12.37	67.17	43 - 84.73

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

### 1.5. Diagnóstico de trastornos del espectro autista

Han sido diagnosticados alguna vez en su vida con autismo el 0.08 %\* de las niñas y niños, de los cuales el 100 % fueron diagnosticados en el último año.

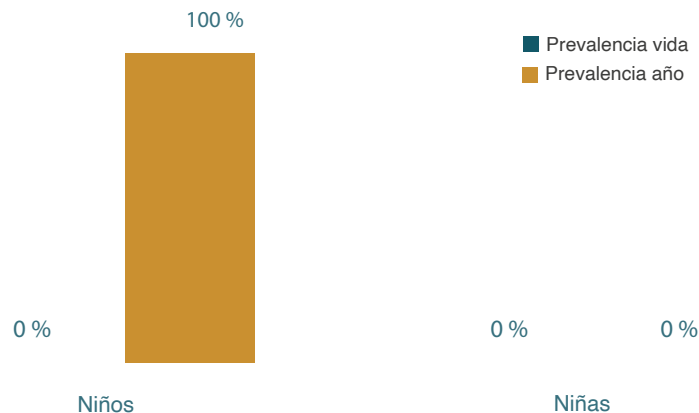
**Sexo:** con autismo fueron diagnosticados alguna vez en la vida el 0.16 %\* de los niños y todos fueron diagnosticados en el último año; para esta condición no se registran datos en niñas.

**Tabla 67.** Autismo – total y por sexo

Autismo				
Total y sexo	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Total	0.08*	0.01 - 0.43	100	100 - 100
Niños	0.16*	0.03 - 0.9	100	100 - 100
Niñas	0	0	0	0

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 41.** Autismo, según sexo





**Estratos socioeconómicos:** el autismo se ha diagnosticado alguna vez en la vida en el 0.13 %\* de las niñas y niños en estrato 2, y en el 0.04 %\* de las niñas y niños en estrato 3; en ambos estratos el 100 % de los diagnósticos se realizaron durante el último año.

**Tabla 68.** Autismo - estrato socioeconómico

Autismo				
Estratos	Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
1	-	-	-	-
2	0.13*	0.02 - 0.92	100	100 - 100
3	0.04*	0.01 - 0.16	100	100 - 100

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Pertenencia étnica:** el autismo fue diagnosticado alguna vez en el 0.13 %\* de las niñas y niños afrodescendientes, y en el 0.04 %\* de las niñas y niños sin pertenencia étnica. En ambas poblaciones, el 100 % de los diagnósticos fueron realizados durante el último año.

**Tabla 69.** Autismo – pertenencia étnica

Autismo				
Grupo étnico	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Indígena	-	-	-	-
Afrodescendiente	0.13*	0.02 - 0.92	100	100 - 100
Sin pertenencia étnica	0.04*	0.01 - 0.16	100	100 - 100

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** para autismo solo se registran datos en dos localidades: Los Mártires (1.05 %) y Kennedy (0.5 %). En ambas localidades, el diagnóstico en niñas y niños con esta condición se realizaron en el último año.

**Tabla 70.** Autismo - localidades

Autismo				
Localidad	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Kennedy	0.5*	0.07 - 3.56	100	100 - 100
Los Mártires	1.05*	0.24 - 4.56	100	100 - 100

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.



**Zonas:** el autismo ha sido diagnosticado alguna vez en la vida en el 0.08 % de las niñas y niños en zona urbana, y todos se realizaron durante el último año.

**Tabla 71. Autismo – zona**

Autismo				
Zona	Prevalencia vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC
Urbana	0.08*	0.01 - 0.44	100	100 - 100
Rural	0	0	0	0

\*Datos con error mayor al 15 %, tomar con precaución.

## 2. Riesgo o indicio de trastorno:

Para obtener la información disponible en este acápite se incluyen los resultados de instrumentos validados para Colombia o para América Latina y el Caribe que dan cuenta de posibles alteraciones de la cognición, la regulación de las emociones o el comportamiento de un individuo, obtenido a través de un instrumento validado y sensible que indica riesgo, y que bajo ninguna circunstancia debe tomarse por un diagnóstico emitido por un profesional en salud mental.

### 2.1. Ansiedad, depresión o psicosis – riesgo o indicio

Para obtener la información relacionada a ansiedad general, depresión o psicosis, se utilizó el Cuestionario de Autorreporte (SRQ), el cual ha sido diseñado para detectar posibles casos y tiene un amplio uso en el campo de la atención primaria. El SRQ tiene poder predictivo para detectar ansiedad en general (48) Este instrumento se aplica a las personas a partir de los 16 años de edad y consta de 30 preguntas, referidas a los últimos 30 días (el último mes). Para efectos de este estudio, el cuestionario se aplicó a personas mayores de 18 años y, dependiendo de sus respuestas, se realiza un análisis que recoge el reporte de síntomas

específicos que correlacionan indicios con probabilidad de padecer trastornos específicos.

Los resultados de la aplicación del SRQ para el estudio muestran que el 26.62 % de la población mayor (18 años y más) presenta más de 8 síntomas; el 20.92 % de 2 a 3 síntomas; el 15.19 % presenta un síntoma; el 14.29 % ningún síntoma; el 13.67 % de 4 a 5 síntomas, y el 9.31 % de 6 a 7 síntomas.

**Tabla 72. Número de síntomas en el SRQ**

Síntomas en el SRQ	%	IC
Ningún síntoma	14.29	13.09 - 15.59
1	15.19	13.78 - 16.71
2 a 3	20.92	18.69 - 23.34
4 a 5	13.67	12.39 - 15.04
6 a 7	9.31	8.33 - 10.39
Más de 8	26.62	24.76 - 28.56

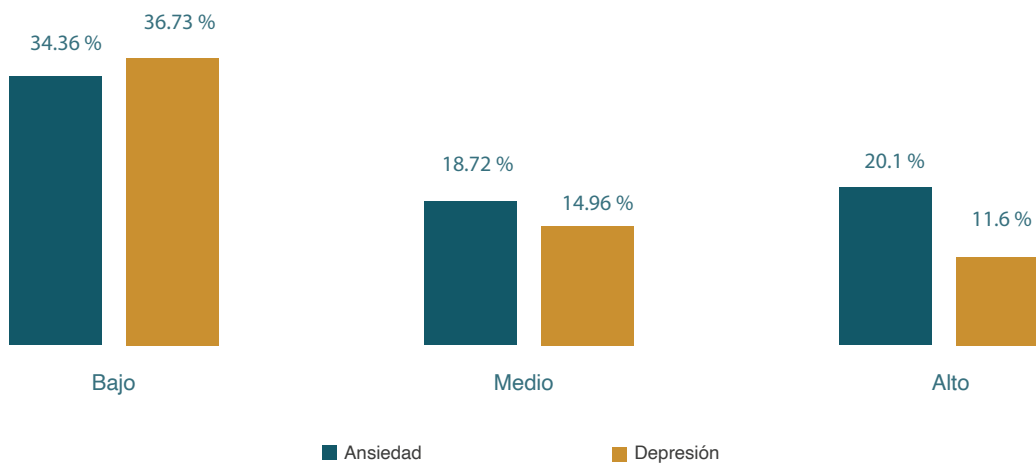
De acuerdo con estos resultados: el 34.36 % de las personas presentan bajos síntomas de ansiedad; el 18.72 % muestran un número medio de síntomas, y el 20.1 % un alto número de síntomas de ansiedad. En tanto que el 36.73 % tiene un número bajo de síntomas de depresión; el 14.96 % un número medio, y el 11.6 % un alto número de depresión. El 48.3 % de la población presenta entre 1 y 2 síntomas de psicosis, y el 5.37 % de 3 a 4 síntomas de psicosis.



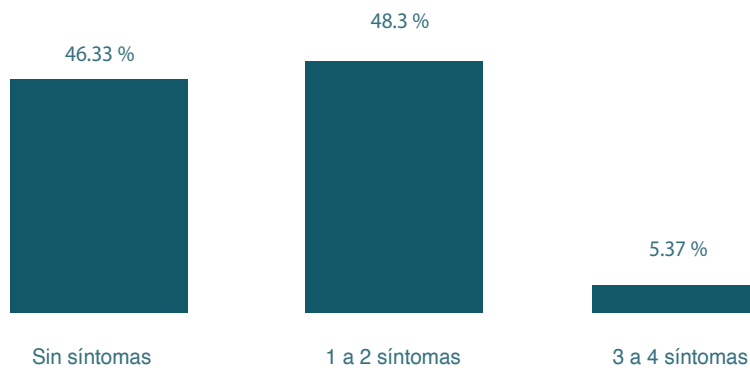
**Tabla 73.** Síntomas de ansiedad, depresión y psicosis – población total

Síntomas	Bajo		Medio		Alto	
	%	IC	%	IC	%	IC
Ansiedad	34.36	32.04 - 36.74	18.72	17.21 - 20.34	20.1	18.42 - 21.89
Depresión	36.73	34.57 - 38.94	14.96	13.47 - 16.59	11.6	10.22 - 13.14
Síntomas	1 a 2 síntomas			3 a 4 síntomas		
	%	IC	%	IC		
Psicosis	48.3	46.1 - 50.51	5.37	4.52 - 6.36		

**Gráfica 42.** Síntomas de ansiedad y depresión – población total



**Gráfica 43.** Síntomas de psicosis – población total





**Sexo:** presentan más de 8 síntomas en el SRQ: el 19.16 % de los hombres; el 33.15 % de las mujeres, y las personas intersexuales no registran datos. En tanto que no presentan

síntomas el 19.39 % de los hombres; el 8.28 % de las mujeres, y el 1.11 % de las personas intersexuales. En la siguiente tabla todos los datos con su respectivo IC.

**Tabla 74.** Número de síntomas en el SRQ – sexo

Síntomas en el SRQ	Hombre		Mujer		Intersexual	
	%	IC	%	IC	%	IC
Ningún síntoma	19.39	17.34 - 21.61	9.72	8.28 - 11.38	1.11	0.14 - 8.47
1	18.8	16.47 - 21.37	11.96	10.23 - 13.94	0.37	0.09 - 1.51
2 a 3	23.32	19.32 - 27.86	18.83	16.78 - 21.08	4.15	0.75 - 19.91
4 a 5	11.69	10.03 - 13.59	15.51	13.79 - 17.41	12.35	2.7 - 41.73
6 a 7	7.64	6.4 - 9.1	10.82	9.38 - 12.45	82.01	49.69 - 95.47
Más de 8	19.16	16.45 - 22.19	33.15	30.71 - 35.69	-	-

**Ansiedad y depresión:** presentan un alto número de síntomas de ansiedad: el 11.9 % de los hombres; el 27.26 % de las mujeres, y el 84.73 % de las personas intersexuales. Mientras

que presentan un número alto de síntomas de depresión: el 7.84 % de los hombres; el 14.74 % de las mujeres, y el 71.71 % de las personas intersexuales.

**Tabla 75.** Síntomas de ansiedad y depresión - por sexo

	# síntomas	Hombres		Mujeres		Intersexual	
		%	IC	%	IC	%	IC
Ansiedad	Bajo	38.21	34.27 - 42.31	30.97	28.53 - 33.52	8.1	1.75 - 30.44
	Medio	13.76	11.8 - 15.98	23.32	21.15 - 25.64	6.06	0.89 - 31.64
	Alto	11.9	9.77 - 14.42	27.26	24.99 - 29.65	84.73	54.53 - 96.25
Depresión	Bajo	37.04	33.27 - 40.99	36.53	34.24 - 38.88	19.04	4.84 - 52.08
	Medio	11.94	9.89 - 14.35	17.75	15.67 - 20.05	8.14	1.73 - 30.88
	Alto	7.84	6.15 - 9.93	14.74	13.08 - 16.58	71.71	33.78 - 92.65

**Psicosis:** presentan de 1 a 2 síntomas de psicosis el 44% de los hombres; 52.12 % de las mujeres, y 71.12 % de las personas intersexuales.

Y presentan de 3 a 4 síntomas de psicosis: el 4.46 % de los hombres; el 6.13 % de las mujeres, y el 18.12 % de las personas intersexuales.

**Tabla 76.** Síntomas de psicosis – por sexo

Síntomas de Psicosis	Hombres		Mujeres		Intersexual	
	%	IC	%	IC	%	IC
1 a 2	44	40.43 - 47.63	52.12	49.53 - 54.7	71.12	30.93 - 93.12
3 a 4	4.46	3.27 - 6.04	6.13	5 - 7.51	18.12	3.71 - 55.97



**Curso de vida:** presentan más de 8 síntomas en el SRQ el 29.3 % de los jóvenes; el 28.7 % de las personas mayores, y el 24.78 % de los

adultos. No tienen ningún síntoma en el SRQ: el 12.61 % de los jóvenes; el 12.68 % de las personas mayores, y el 12.61 % de los jóvenes.

**Tabla 77. Número de síntomas en el SRQ – curso de vida**

Síntomas en el SRQ	Juventud		Adulthood		Vejez	
	%	IC	%	IC	%	IC
Ningún	12.61	10.22 - 15.46	15.56	13.82 - 17.48	12.68	10.39 - 15.38
1	13.53	10.59 - 17.13	16.2	14.25 - 18.37	14.27	12.3 - 16.49
2 a 3	18.23	15.17 - 21.75	21.98	18.56 - 25.84	21.1	17.58 - 25.12
4 a 5	15.19	12.55 - 18.27	13.03	11.23 - 15.07	13.66	11.8 - 15.76
6 a 7	11.15	9.19 - 13.45	8.44	7.12 - 9.99	9.6	7.92 - 11.59
Más de 8	29.3	25.6 - 33.28	24.78	22.2 - 27.56	28.7	24.95 - 32.76

Presentan un alto número de síntomas de ansiedad el 21.47 % de las personas mayores; el 20.3 % de los adultos, y el 18.48 % de los

jóvenes. Mientras que presentan un alto número de síntomas de depresión el 12.92 % de los jóvenes; el 11.25 % de las personas mayores, y el 11.18 % de los adultos.

**Tabla 78. Síntomas de ansiedad y depresión – curso de vida**

	# síntomas	Juventud		Adulthood		Vejez	
		%	IC	%	IC	%	IC
Ansiedad	Bajo	34.84	30.87 - 39.02	34.22	30.76 - 37.86	34.17	30.36 - 38.2
	Medio	22.25	18.68 - 26.28	17.01	14.98 - 19.26	19.41	17.09 - 21.95
	Alto	18.48	15.86 - 21.41	20.3	17.88 - 22.95	21.47	17.86 - 25.58
Depresión	Bajo	39.65	35.83 - 43.6	36.43	33.09 - 39.9	34.07	30.93 - 37.36
	Medio	16.15	13.41 - 19.33	13.04	11.13 - 15.23	19.06	15.6 - 23.07
	Alto	12.92	10.27 - 16.13	11.18	9.3 - 13.38	11.25	9.31 - 13.53

Presentan de 1 a 2 síntomas de psicosis el 53.13 % de los jóvenes, el 48.46 % de las personas mayores y el 46.21 % de los adultos,

mientras que presentan de 3 a 4 síntomas de psicosis el 6.03 % de los jóvenes, el 5.61 % de los adultos y el 3.86 % de las personas mayores.

**Tabla 79. Síntomas de psicosis – curso de vida**

Síntomas de psicosis	Juventud		Adulthood		Vejez	
	%	IC	%	IC	%	IC
1 a 2	53.18	49.04 - 57.29	46.21	43.18 - 49.26	48.46	44.33 - 52.61
3 a 4	6.03	4.32 - 8.36	5.61	4.45 - 7.05	3.86	2.96 - 5.02



**Estrato socioeconómico:** no presentan ningún síntoma en el SRQ el 21.06 % de las personas en los estratos 4, 5 y 6; el 18.06 % de las personas del área rural; el 15.29 % de las personas en estrato 3; el 13.39 % de las personas en estrato 1; el 3.39 % de las personas en estrato 2, y el 11.71 % de las personas en estrato. En tanto

que presentan más de 8 síntomas en el SRQ el 44.1 % de las personas que NS/NR; el 33.16 % de las personas en estrato 1; el 27.18 % de las personas en estrato 2; el 25.1 % de las personas en estrato 3; el 18.23 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 15.86 % de las del área rural.

**Tabla 80.** Número de síntomas en el SRQ – estrato socioeconómico

Estrato	Síntomas en el SRQ											
	Ningún		1		2 a 3		4 a 5		6 a 7		Más de 8	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	11.71	8.83 - 15.36	11.87	8.88 - 15.69	19.34	14.79 - 24.87	12.47	9.74 - 15.84	11.45	7.54 - 17	33.16	28.34 - 38.37
2	13.39	11.88 - 15.06	15.43	13.36 - 17.75	19.49	17.45 - 21.71	14.74	12.81 - 16.91	9.76	8.36 - 11.37	27.18	24.63 - 29.89
3	15.29	13 - 17.9	15.04	12.53 - 17.95	22.64	17.44 - 28.84	13.34	11.4 - 15.56	8.59	7.13 - 10.32	25.1	21.93 - 28.56
4,5 y 6	21.06	14.32 - 29.88	20.09	15.44 - 25.71	26.24	19.82 - 33.87	8.77	5.72 - 13.22	5.61	3.56 - 8.74	18.23	12.03 - 26.65
NS/NR			6.05	1.91 - 17.54	38.17	19.23 - 61.55	2.69	1.14 - 6.24	8.98	3.86 - 19.51	44.1	26.78 - 62.99
Rural	18.06	14.04 - 22.92	16.58	12.08 - 22.33	23.69	17.36 - 31.47	17.6	10.96 - 27.03	8.2	5.45 - 12.17	15.86	12.51 - 19.9

Presentan un alto número de síntomas de ansiedad el 25.45 % de las personas en estrato 1; el 20.79 % de personas en estrato 2; el 18.29 % de personas en estrato 3; el 14.38 % de personas en estratos 4, 5 y 6; el 26.93 % de personas que NS/NR, y el 9.86 % de personas del área rural. Presentan un alto número de

síntomas de depresión el 44.1 % de las personas que NS/NR; el 13.16 % de las personas en estrato 1; el 12.61 % de las personas en estrato 2; el 10.43 % de las personas en estrato 3; el 6.83 % de personas en estratos 4, 5 y 6, y el 4.32 % de personas del área rural.

**Tabla 81.** Síntomas de ansiedad y depresión – estrato socioeconómico

Estrato	Ansiedad						Depresión					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	29.02	23.94 - 34.69	22.27	17.32 - 28.16	25.45	20.85 - 30.68	36.54	31.27 - 42.16	18.25	13.77 - 23.8	13.16	10.37 - 16.57
2	34.41	31.68 - 37.24	19.41	17.26 - 21.76	20.79	18.43 - 23.37	36.17	33.71 - 38.71	14.86	12.7 - 17.31	12.61	10.64 - 14.89
3	35.74	30.56 - 41.28	17.26	14.83 - 20.01	18.29	15.51 - 21.45	37.55	32.82 - 42.53	14.65	12.3 - 17.38	10.43	8.5 - 12.74
4,5 y 6	36.29	28.81 - 44.5	14.41	10.01 - 20.31	14.38	8.52 - 23.23	37.18	30.84 - 43.98	11.42	5.76 - 21.39	6.83	4.02 - 11.37
NS/NR	40.86	19.97 - 65.68	26.15	15.93 - 39.82	26.93	16.19 - 41.3	6.96	3.77 - 12.5	8.98	3.86 - 19.51	44.1	26.78 - 62.99
Rural	34.54	27.49 - 42.35	21.68	16.87 - 27.39	9.86	6.89 - 13.91	34.84	28.04 - 42.33	10.81	8.33 - 13.93	4.32	2.55 - 7.21





Presentan entre 1 a 2 síntomas de psicosis el 54.67 % de las personas en estrato 1; el 53.29 % de las personas que NS/NR; el 49.05 % de las personas en estrato 2; el 48.1 % de las personas en estrato 3; el 46.8 % de las personas del área rural, y el 31.61 % de las personas en estratos 4, 5 y 6. En tanto que presentan de 3 a 4 síntomas

de psicosis el 8.31 % de las personas en estrato 1; el 6.11 % de las personas en estrato 2; el 4.27 % de las personas que NS/NR; el 3.91 % de las personas en estrato 3; el 3.25 % de las personas del área rural, y el 1.73 % de las personas en estratos 4, 5 y 6.

**Tabla 82.** Síntomas de psicosis – estrato socioeconómico

Estrato	Síntomas de psicosis			
	1 a 2		3 a 4	
	%	IC	%	IC
1	54.67	48.98 - 60.24	8.31	5.6 - 12.18
2	49.05	46.24 - 51.87	6.11	4.8 - 7.75
3	48.1	43.66 - 52.57	3.91	2.9 - 5.24
4,5 y 6	31.61	25.94 - 37.9	1.73	0.55 - 5.29
NS/NR	53.29	34.27 - 71.4	4.27	1.33 - 12.81
Rural	46.8	38.32 - 55.47	3.25	1.77 - 5.89

**Pertenencia étnica:** no tienen ningún síntoma SRQ el 17.07 % de los palenqueros; el 14.77 % de las personas sin pertenencia étnica; el 13.64 % de los raizales; el 12.7 % de los afrodescendientes; el 9.45 % de los

indígenas, y el 0.11 % de los gitanos. Mientras que presentan más de 8 síntomas en el SRQ el 28.76 % de los indígenas; el 30.02 % de los gitanos; el 53.01 % de los raizales; el 32.19 % de los afrodescendientes, y el 25.96 % de las personas sin pertenencia étnica.

**Tabla 83.** Síntomas de psicosis – pertenencia étnica

Grupo étnico	Síntomas en el SRQ											
	Ningún		1		2 a 3		4 a 5		6 a 7		Más de 8	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	9.45	5.74 - 15.16	7.72 - 15.52	25.36	18.87 - 33.17	11.8	7.94 - 17.18	13.6	8.39 - 21.31	28.76	22.85 - 35.5	7.72 - 15.52
Gitano	0.11	0.03 - 0.43	1.65 - 21.05	24.02	8.3 - 52.48	34.2	10.68 - 69.3	5.39	1.48 - 17.72	30.02	11.54 - 58.51	1.65 - 21.05
Raizal	13.64	2.88 - 45.65	1.1 - 39.24	12.84	3.94 - 34.59	10.68	1.71 - 45.17	2	0.38 - 9.74	53.01	22.67 - 81.28	1.1 - 39.24
Palenquero	17.07	1.76 - 70.34	22.8 - 96.64	8.48	0.82 - 50.94	-	-	-	-	-	20	22.8 - 96.64
Afrodescendiente	12.7	8.68 - 18.21	10.19 - 26.98	19.41	14.56 - 25.4	11.51	7.76 - 16.76	7.19	5.05 - 10.13	32.19	24.21 - 41.37	10.19 - 26.98
Sin pertenencia étnica	14.77	13.47 - 16.18	13.8 - 16.89	20.78	18.28 - 23.52	13.98	12.57 - 15.52	9.23	8.22 - 10.36	25.96	23.96 - 28.06	13.8 - 16.89



Presentan un alto número de síntomas de ansiedad el 25.48 % de los afrodescendientes; el 24.24 % de los indígenas; el 20.47 % de los gitanos; el 19.38 % de las personas sin pertenencia étnica, y el 9.67 % de los raizales.

Y presentan un alto número de síntomas de depresión el 17.27 % de los afrodescendientes; el 13.73 % de los indígenas; el 10.98 % de las personas sin pertenencia étnica; el 9.2 % de los raizales, y el 6.29 % de los gitanos.

**Tabla 84.** Síntomas de ansiedad y depresión – pertenencia étnica

Grupo étnico	Ansiedad						Depresión					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	37.64	29.97 - 45.98	16.71	12.08 - 22.66	24.24	18.75 - 30.73	40.63	33.56 - 48.11	17.69	11.76 - 25.73	13.73	9.51 - 19.43
Gitano	59.19	31.82 - 81.85	15.24	5.33 - 36.5	20.47	6.15 - 50.26	77.19	50.92 - 91.69	3.43	0.53 - 19.08	6.29	1.07 - 29.35
Raizal	31.92	11.66 - 62.5	44.17	15.3 - 77.6	9.67	1.7 - 39.81	48.51	18.96 - 79.14	19.95	3.93 - 60.27	9.2	1.49 - 40.38
Palenquero	74.45	22.8 - 96.64	-	-	-	-	8.48	0.82 - 50.94	-	-	-	-
Afrodescendiente	37.84	29.73 - 46.69	13.46	10.05 - 17.8	25.48	17.73 - 35.16	34.74	28.02 - 42.14	13.91	8.4 - 22.16	17.27	11.22 - 25.64
Sin pertenencia étnica	33.78	31.25 - 36.4	19.3	17.65 - 21.07	19.38	17.64 - 21.24	36.61	34.23 - 39.05	14.89	13.24 - 16.7	10.98	9.69 - 12.41

Presentan de 1 a 2 síntomas de psicosis el 67.27 % de los gitanos; el 51.17 % de los raizales; el 50.48 % de los afrodescendientes; el 48.68 % de los indígenas; el 48.1 % de las personas sin pertenencia étnica, y el 8.48 % de

los palenqueros. En tanto que presentan entre 3 a 4 síntomas de psicosis: el 10.21 % de los gitanos; el 6.84 % de los indígenas; el 5.29 % de las personas sin pertenencia étnica, y el 5.23 % de los afrodescendientes.

**Tabla 85.** Síntomas de psicosis – pertenencia étnica

Grupo étnico	Síntomas de psicosis			
	1 a 2		3 a 4	
	%	IC	%	IC
Indígena	48.68	41.15 - 56.28	6.84	4.07 - 11.26
Gitano	67.27	40.77 - 85.99	10.21	2.67 - 32.05
Raizal	51.17	21.03 - 80.49	-	-
Palenquero	8.48	0.82 - 50.94	-	-
Afrodescendiente	50.48	41.96 - 58.98	5.23	3.53 - 7.68
Sin pertenencia étnica	48.1	45.64 - 50.56	5.29	4.35 - 6.42

**Localidades:** en las localidades de Sumapaz (24.47 %), Teusaquillo (20.64 %) y Fontibón (18.46 %) es donde se observan los porcentajes más altos de personas que no tienen ningún síntoma en el SQR. Mientras en las localidades

de Chapinero (38.28 %), Santa Fe (32.87 %) y Puente Aranda (32.49%) es donde se observan los más altos porcentajes de personas con 8 o más síntomas en el SQR.

**Tabla 86.** Número de síntomas en el SRQ – localidades

Estrato	Síntomas en el SRQ											
	Ningún		1		2 a 3		4 a 5		6 a 7		Más de 8	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	13.69	10.87 - 17.09	14.48	11.65 - 17.86	17.18	13.88 - 21.07	16.95	13.31 - 21.33	10.44	7.89 - 13.7	27.27	22.46 - 32.67
Barrios Unidos	18.38	13.6 - 24.38	11.06	8.13 - 14.86	22.31	17.65 - 27.8	11.61	8.26 - 16.1	12.17	5.82 - 23.73	24.45	17.59 - 32.92
Bosa	15.36	11.04 - 20.96	18.17	12.38 - 25.87	16.95	12.95 - 21.88	9.17	6.78 - 12.3	11.77	7.94 - 17.1	28.58	21.48 - 36.92
Chapinero	10.84	2.92 - 32.94	14.15	6.8 - 27.16	19.44	10.83 - 32.42	10.73	4.06 - 25.41	6.56	3.89 - 10.84	38.28	23.23 - 55.96
Ciudad Bolívar	13.24	9.66 - 17.9	15	10.32 - 21.29	17.28	13.69 - 21.57	12.96	9.48 - 17.46	11.12	7.79 - 15.63	30.41	24.3 - 37.3
Engativá	16.78	13.17 - 21.15	15.93	11.96 - 20.91	20.51	15.76 - 26.23	14.86	11.14 - 19.55	9.29	6.59 - 12.93	22.64	18.46 - 27.43
Fontibón	18.46	14.83 - 22.75	18.04	13.86 - 23.14	21.43	17.97 - 25.36	13.85	9.27 - 20.19	10.95	8.05 - 14.72	17.26	14.01 - 21.08
Kennedy	14.42	11.01 - 18.68	16.36	12.36 - 21.34	15.76	11.67 - 20.94	16.17	11.9 - 21.6	7.59	4.76 - 11.91	29.69	22.72 - 37.75
La Candelaria	14.27	12.71 - 15.99	14.3	13.24 - 15.44	21.9	19.36 - 24.66	9.59	8.6 - 10.68	12.42	11.16 - 13.8	27.52	25.32 - 29.83
Los Mártires	17.16	13.46 - 21.61	12.77	9.2 - 17.46	15.3	12.49 - 18.61	11.48	6.62 - 19.15	14.22	9.57 - 20.61	29.08	24.15 - 34.56
Puente Aranda	12.58	9.24 - 16.9	12.98	9.89 - 16.85	17.6	13.74 - 22.26	14.21	10.6 - 18.8	10.14	7.69 - 13.25	32.49	27.41 - 38.02
Rafael Uribe Uribe	13.82	10.69 - 17.68	13.7	10.14 - 18.27	18.61	14.8 - 23.13	15.75	11.61 - 21.02	10.37	7.49 - 14.18	27.75	22.22 - 34.05
San Cristóbal	11.9	8.66 - 16.15	15.98	12.53 - 20.17	18.91	15.19 - 23.28	15.96	12.37 - 20.34	12.13	8.6 - 16.84	25.12	20.54 - 30.33
Santa Fe	12.83	9.64 - 16.89	10.85	8.42 - 13.88	19.37	15.29 - 24.23	10.5	8.26 - 13.25	13.57	10.81 - 16.91	32.87	27.66 - 38.55
Suba	11.3	8.3 - 15.22	14.36	10.1 - 20.04	29.06	19.2 - 41.39	13.49	9.62 - 18.62	7.65	5.28 - 10.96	24.13	18.94 - 30.21
Sumapaz	24.47	20.92 - 28.4	18.92	16.6 - 21.48	16.27	13.04 - 20.11	13.92	12.17 - 15.89	9.8	8.4 - 11.42	16.62	14.21 - 19.35
Teusaquillo	20.64	15.86 - 26.41	16.78	12.73 - 21.78	23.52	18.57 - 29.31	10.71	8.31 - 13.7	8.11	5.23 - 12.36	20.25	15.94 - 25.37
Tunjuelito	11.44	8.64 - 15.01	13.03	9.75 - 17.22	21.05	16.69 - 26.18	14.11	9.88 - 19.76	8.58	5.72 - 12.69	31.78	26.01 - 38.17
Usaquén	15.42	10.79 - 21.56	14.77	11.28 - 19.1	25	19.43 - 31.54	13.76	9.94 - 18.76	6.39	4.37 - 9.25	24.66	19.62 - 30.5
Usme	14.29	9.89 - 20.21	12.18	9.36 - 15.7	21.81	17.32 - 27.1	13.31	9.32 - 18.65	9.25	6 - 14	29.15	24.06 - 34.83



En las localidades de Suba (41.67 %), Barrios Unidos (40.32 %) y Fontibón (37.67 %) se registran los porcentajes más altos de personas que tienen un número bajo de síntomas de ansiedad; en tanto que en las localidades de Chapinero (33.91 %), Tunjuelito (26.06 %) y Santa Fe (25.92 %) están los mayores porcentajes de personas con alto número de síntomas de ansiedad.

Suba (40.39 %), Usme (39.9 %) y San Cristóbal (39.4 %) son las localidades donde se observan los mayores porcentajes de personas con bajos números de síntomas de depresión; y las localidades de Tunjuelito (17.55 %), Los Mártires (16.33 %) y Rafael Uribe Uribe (15.67 %) las que presentan el mayor porcentaje de personas con el más alto número de síntomas de depresión.

**Tabla 87.** Síntomas de ansiedad y depresión – localidades

Localidades	Ansiedad						Depresión					
	Bajo		Medio		Alto		Bajo		Medio		Alto	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	29.03	24.91 - 33.51	27.81	23.22 - 32.92	16.63	13.59 - 20.18	36.85	31.99 - 41.99	15.69	11.9 - 20.41	11.53	8.7 - 15.13
Barrios Unidos	40.32	32.88 - 48.24	11.78	8.96 - 15.33	18.48	12.4 - 26.64	33.21	27.41 - 39.56	20.16	12.14 - 31.56	8.66	5.21 - 14.06
Bosa	32.85	26.18 - 40.29	18.84	15.12 - 23.24	23.62	17.24 - 31.46	34.82	29.3 - 40.78	13.73	9.85 - 18.83	13.31	8.39 - 20.47
Chapinero	29.4	21.9 - 38.22	15.08	9.13 - 23.89	33.91	18.76 - 53.27	31.16	21.41 - 42.92	30.23	15.47 - 50.62	3.96	2.35 - 6.6
Ciudad Bolívar	28.12	23.29 - 33.52	20.89	15.93 - 26.89	21.49	15.9 - 28.38	35.48	29.74 - 41.67	21.18	15.24 - 28.66	10.09	7.17 - 14.02
Engativá	34.6	29.25 - 40.38	20.08	15.03 - 26.3	16.12	12.49 - 20.57	32.03	27.36 - 37.09	14.14	10.88 - 18.17	9.76	6.83 - 13.75
Fontibón	37.67	32.04 - 43.65	17.21	12.76 - 22.8	11.95	9.38 - 15.1	38.34	33.26 - 43.68	11.45	8.58 - 15.13	7.32	5.36 - 9.91
Kennedy	32.26	26.24 - 38.94	18.28	13.22 - 24.73	23.09	16.33 - 31.59	37.4	31.64 - 43.55	15.42	9.88 - 23.28	12.66	7.24 - 21.2
La Candelaria	35.74	32.41 - 39.2	18.29	16.4 - 20.35	18.25	16.68 - 19.94	36.23	33.94 - 38.57	15.23	13.56 - 17.06	12.4	10.71 - 14.32
Los Mártires	32.83	26.58 - 39.75	18.53	14.36 - 23.57	20.54	17.4 - 24.07	37.25	30.63 - 44.4	14.98	11.04 - 20	16.33	12.12 - 21.65
Puente Aranda	30.88	26.48 - 35.65	19.68	16.41 - 23.42	22.93	18.57 - 27.96	33.87	28.11 - 40.15	22	17.22 - 27.66	12.72	9.71 - 16.49
Rafael Uribe Uribe	30.78	26.32 - 35.63	19.05	14.89 - 24.04	24.23	18.67 - 30.83	38.99	34.06 - 44.15	11.74	8.9 - 15.33	15.67	10.79 - 22.2
San Cristóbal	30.75	26.43 - 35.44	21.27	16.98 - 26.31	21.15	16.87 - 26.17	39.4	33.64 - 45.46	13.42	10.62 - 16.81	11.89	8.65 - 16.14
Santa Fe	28.22	24.03 - 32.83	21.65	17.82 - 26.05	25.92	20.63 - 32.02	37	32.19 - 42.08	19.27	15.02 - 24.38	14.38	10.6 - 19.23
Suba	41.67	31.94 - 52.1	17.61	13.05 - 23.33	16.59	12.8 - 21.24	40.39	31.11 - 50.41	12.02	8.5 - 16.71	12.28	8.44 - 17.52
Sumapaz	27.24	23.65 - 31.14	17.86	15.46 - 20.54	12.96	11.14 - 15.03	35.73	32.05 - 39.6	11.83	9.73 - 14.31	6.52	5.49 - 7.71
Teusaquillo	31.72	26.57 - 37.35	18.45	14.79 - 22.77	14.61	10.54 - 19.91	36.13	30.86 - 41.75	12.1	8.58 - 16.8	8.27	6.24 - 10.88



Tunjuelito	31.71	26.15 - 37.84	19.27	14.24 - 25.53	26.06	20.44 - 32.61	34.87	29.39 - 40.78	16.16	12.1 - 21.25	17.55	12.06 - 24.84
Usaquén	37.43	30.72 - 44.65	19.71	14.93 - 25.57	16.5	12.92 - 20.83	36.05	29.88 - 42.71	15.07	10.78 - 20.66	9.61	6.73 - 13.56
Usme	33.67	28.29 - 39.51	15.42	11.57 - 20.26	24.73	19.9 - 30.29	39.9	34.26 - 45.83	11.05	8.2 - 14.73	14.76	11.06 - 19.43

En las localidades de Ciudad Bolívar (55.94 %), Barrios Unidos (54.36 %) y Antonio Nariño (53.61 %) se observan los mayores porcentajes de personas con 1 a 2 síntomas de psicosis;

y en las localidades de Tunjuelito (10.18 %), Ciudad Bolívar (7.81 %) y Kennedy (6.97 %) se registran los mayores porcentajes de personas con 3 a 4 síntomas de psicosis.

**Tabla 88.** Síntomas de psicosis – localidades

Localidad	Síntomas de psicosis			
	1 a 2		3 a 4	
	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	53.61	48.53 - 58.61	2.21	1.51 - 3.22
Barrios Unidos	54.36	46.83 - 61.7	2.93	1.76 - 4.84
Bosa	46.05	40.12 - 52.08	4.44	2.52 - 7.7
Chapinero	50.93	30.55 - 71.01	2.97	1.65 - 5.29
Ciudad Bolívar	55.94	49.81 - 61.9	7.81	4.65 - 12.84
Engativá	44.85	39.02 - 50.81	6.3	3.87 - 10.12
Fontibón	48.68	42.99 - 54.4	2.66	1.42 - 4.95
Kennedy	47.62	40.99 - 54.33	6.97	3.82 - 12.4
La Candelaria	50.61	48.33 - 52.89	5.23	4.15 - 6.57
Los Mártires	47.01	41.48 - 52.62	4.99	3.12 - 7.9
Puente Aranda	49.9	44.61 - 55.18	5.89	3.84 - 8.94
Rafael Uribe Uribe	52.4	45.79 - 58.93	4.22	2.79 - 6.35
San Cristóbal	50.73	45.53 - 55.92	5.96	3.79 - 9.27
Santa Fe	51.56	45.86 - 57.22	5.97	3.99 - 8.84
Suba	46.59	37.99 - 55.41	4.88	2.88 - 8.15
Sumapaz	41.77	38.52 - 45.1	4.1	2.97 - 5.64
Teusaquillo	36.94	31.53 - 42.7	1.09	0.64 - 1.84
Tunjuelito	45.89	39.71 - 52.2	10.18	5.78 - 17.33
Usaquén	47.13	40.45 - 53.91	3.61	2.16 - 5.99
Usme	50.45	44.14 - 56.75	6.96	4.51 - 10.59



## 2.2. Síntomas depresivos

El *Patient Health Questionnaire* (PHQ-9) es uno de los instrumentos que ha alcanzado mayor reconocimiento a nivel internacional, debido a su capacidad para identificar la gravedad de los síntomas en personas con trastornos depresivos y su sensibilidad al cambio para monitorear la respuesta al tratamiento. Este instrumento se aplicó en el estudio, e indagó si en los 15 días previos a la encuesta las personas habían

tenido poco interés o placer en hacer las cosas, y si se habían sentido decaídas, deprimidas o sin esperanzas.

El 42.8 % de las personas respondieron “sí” a estas preguntas en alguna de las frecuencias “varios días”, “más de la mitad de los días” o “casi todos los días”. La siguiente tabla muestra la distribución de las respuestas en el total de la población.

**Tabla 89.** Distribución respuestas si PHQ9 -total población

PHQ9	Varios días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
	%	IC	%	IC	%	IC
a) Poco interés o placer en hacer las cosas	18.77	17.34 - 20.3	8.56	7.52 - 9.72	7.18	6.29 - 8.18
b) Se ha sentido decaído/a, deprimido/a o sin esperanzas	19.45	18.03 - 20.96	6.84	5.79 - 8.07	4.59	3.83 - 5.5

Al asignar los puntajes, se observa que el 17.16 % de las personas tiene un probable trastorno depresivo.

**Tabla 90.** Distribución de los puntajes – total población

Puntajes						
1	2	3	4	5	6	Corte crítico (3+4+5+6)
13.49	12.15	8.65	4.27	1.9	2.34	17.16

**Sexo:** respondieron “sí” a una o ambas preguntas en alguna de las frecuencias: el 35.07 % de los hombres; el 49.62 % de las mujeres, y el 89.69 % de las personas intersexuales. De acuerdo con los puntajes tienen un posible trastorno depresivo: el 13.85 % de los hombres; el 19.95 %

de las mujeres. y el 64.75 % de las personas intersexuales. Vale la pena anotar que sobre todo para la población intersexual los datos deben tomarse con precaución, porque presentan un margen de error mayor al 15 %.

**Tabla 91.** Distribución de los puntajes – sexo

Sexo	Puntajes						
	1	2	3	4	5	6	Corte crítico (3+4+5+6)
Hombre	12.21	9.01	6.4	3.75	1.45*	2.25*	13.85
Mujer	14.69	14.99	10.47	4.75	2.32*	2.41*	19.95
Intersexual	9.41*	15.52*	55.2*	3.85*	0	5.7*	64.75

\*Datos con un margen de error mayor al 15 %.



**Curso de vida:** respondieron “sí” a una o las dos preguntas en alguna de las frecuencias: el 52.5 % de los jóvenes; el 40.32 % de los adultos, y el 38.25 % de las personas mayores.

De acuerdo con los puntajes, tienen un posible trastorno depresivo o están en riesgo depresivo: el 18.1 % de los jóvenes; el 16.44 % de los adultos, y el 18.1 % de las personas mayores.

**Tabla 92.** Distribución de los puntajes – curso de vida

Ciclo vital	Puntajes						Corte crítico (3+4+5+6)
	1	2	3	4	5	6	
Juventud	18.53	15.87	10.33*	3.97	1.63	2.17	18.1
Adulthood	12.13	11.75	8.15	4.01	2.16	2.12	16.44
Vejez	11.35	8.8	8.05	5.39	1.47*	3.19*	18.1

\*Los datos deben ser manejados con precaución error mayor al 15 %.

**Estrato sociodemográfico:** respondieron “sí” a una o ambas preguntas en alguna de las frecuencias: el 53.76 % de las personas en estrato 1; el 44.18 % de las personas en estrato 2; el 38.72 % de las personas en estrato 3; el 33.5 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 38% de las personas que NS/NR, y el 17.06 % de las personas del área rural. De acuerdo al puntaje, están en riesgo o tienen un posible

trastorno depresivo: el 21.69 % de las personas en estrato 1; el 18.87 % de las personas en estrato 2; el 13.9 % de las personas en estrato 3; el 12.46 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 46.8 % de las personas que NS/NR, y el 7.88 % de las personas del área rural. Vale la pena resaltar que estos datos deben tomarse como indicativos ya que en varios de ellos hay un margen error mayor al 15 %.

**Tabla 93.** Distribución de los puntajes – estrato socioeconómico

Estratos	Puntajes						Corte crítico (3+4+5+6)
	1	2	3	4	5	6	
1	14.96*	17.11*	11.42*	3.62*	2.29*	4.36*	21.69
2	14.09	11.22	9.38	4.77	2.18*	2.54*	18.87
3	12.28	12.53	6.68	4.06*	1.46*	1.7*	13.9
4, 5 y 6	12.45*	8.58*	8.18*	2.58*	1.23*	0.47*	12.46
NS/NR	10.32*	4.27*	17.17*	6.96*	4.91*	17.76*	46.8
Rural	7.23*	1.94*	2.9*	1*	0.73*	3.25*	7.88

\*Estos datos deben tomarse con precaución, margen de error mayor al 15 %.

**Pertenencia étnica:** respondieron “sí” a una o ambas preguntas en alguna de las frecuencias: el 41.84 % de los indígenas; el 54.21 % de los gitanos; el 54.2 % de los raizales; el 46.13 % de los afrodescendientes, y el 42.57 % de las personas sin pertenencia étnica. Están en

riesgo o presentan trastornos depresivos: el 24.62 % de los indígenas; el 14.76 % de los gitanos; el 0.52 % de los raizales; el 19.65 % de los afrodescendientes, y el 20.53 % de las personas sin pertenencia étnica.

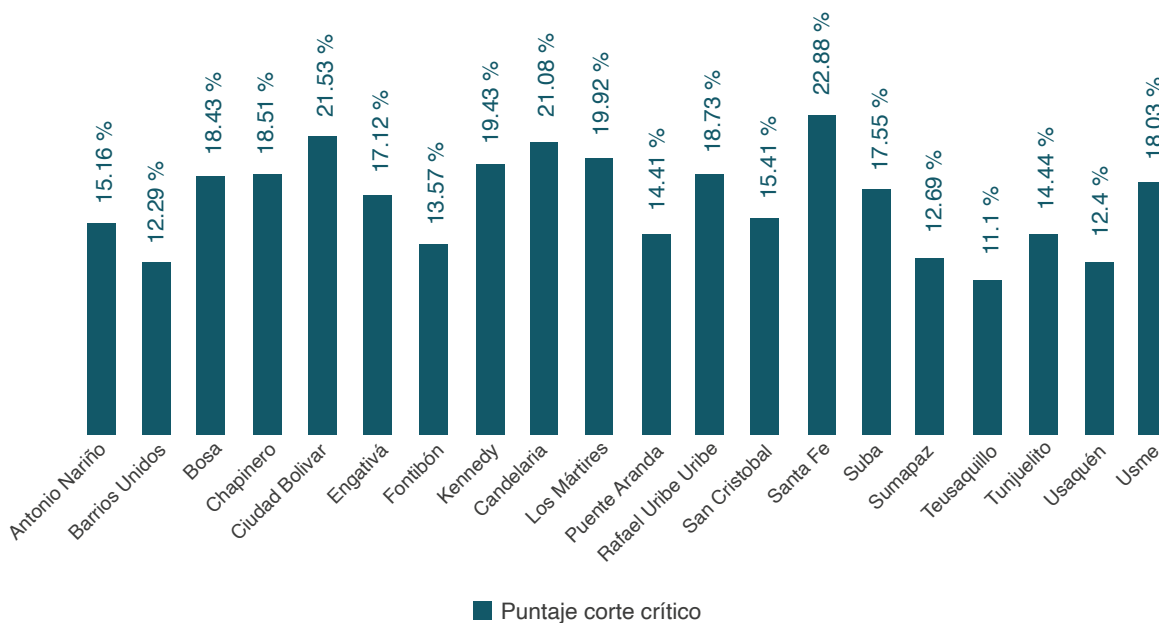
**Tabla 94.** Distribución de los puntajes – pertenencia étnica

Grupo étnico	Puntajes						Corte crítico(3+4+5+6)
	1	2	3	4	5	6	
Indígena	11.62*	10.97*	10.97*	5*	3.46*	5.19*	24.62
Gitano	33.14*	14.76*	14.76*	0	0	0	14.76
Raizal	27.39*	0.17*	0.17*	0.35*	0	0	0.52
Palenquero	0	0	0	0	0	0	0
Afrodescendiente	10.54*	11.28*	11.28*	3.18*	1.14*	4.05*	19.65
Sin pertenencia étnica	13.85	12.33	12.33	4.33	1.87*	2*	20.53

\*Estos datos deben tomarse con precaución, error mayor al 15 %.

**Localidades:** en las localidades donde se registran los más altos porcentajes de personas en riesgo o con trastornos depresivos son Santa Fe (22.88 %); Ciudad Bolívar (21.33 %),

y La Candelaria (21.08 %). Mientras en las localidades de Usaquén (12.4 %), Barrios Unidos (12.29 %), y Teusaquillo (11.1 %), se observan los porcentajes más bajos.

**Gráfica 44.** Distribución del puntaje crítico – localidades**Tabla 95.** Distribución de los puntajes – localidades

Localidades	Puntajes						Corte crítico(3+4+5+6)
	1	2	3	4	5	6	
Antonio Nariño	19.43	13.68	6.01*	4.24*	1.35*	3.56*	15.16
Barrios Unidos	11.8*	16.29*	4.85*	5.43*	0.95*	1.06*	12.29





Bosa	17.83*	12.73*	9.06*	5.3*	2.31*	1.76*	18.43
Chapinero	8.3*	8.7*	15.31*	1.23*	0.82*	1.25*	18.61
Ciudad Bolívar	9.43*	13.06*	10.66*	4.35*	2.08*	4.24*	21.33
Engativá	12.78	12.95*	7.16*	5.28*	1.9*	2.78*	17.12
Fontibón	11.59	10.4*	7.28*	3.38*	1.3*	1.61*	13.57
Kennedy	11.55*	11.64*	10.43*	4.44*	2.21*	2.35*	19.43
La Candelaria	15.62	8.89	10.79	6.92	0.82	2.55	21.08
Los Mártires	10.15*	14*	11.59*	2.67*	1.52*	4.14*	19.92
Puente Aranda	17.42*	14.35	5.06*	5.2*	2.29*	1.86*	14.41
Rafael Uribe Uribe	17.56*	11.26*	7.82*	6.47*	1.46*	2.98*	18.73
San Cristóbal	14.68	14.26*	6.88*	4*	1.77*	2.76*	15.41
Santa Fe	13.74	13.59	10.05	7.99*	1.06*	3.78*	22.88
Suba	14.38*	9.5*	9.46*	4.18*	1.57*	2.34*	17.55
Sumapaz	10.83	6.95	6.06	3.62*	1.21*	1.8*	12.69
Teusaquillo	14.44	13.03	5.93*	3.18*	0.57*	1.42*	11.1
Tunjuelito	13.05*	17.36*	4.89*	3.05*	4.12*	2.38*	14.44
Usaquén	13.54*	12.55*	6.64*	2.02*	2.51*	1.23*	12.4
Usme	12.28*	12.96*	10.99*	3.23*	2.18*	1.63*	18.03

**Zona:** respondieron “sí” a alguna de las preguntas: el 42.81 % de las personas en zona urbana y el 38.53 % de las personas en zona rural. El 17.15 %

de las personas en zona urbana y el 17.92 % de las personas en zona rural presentan trastornos depresivos o están en riesgo.

**Tabla 96.** Distribución de los puntajes – zona

Zona	Puntajes						Corte crítico (3+4+5+6)
	1	2	3	4	5	6	
Urbana	13.51	12.15	8.64	4.27	1.9	2.34	17.15
Rural	9.85	10.77	10.34	4.31	1.11	2.16	17.92

### 2.3. Ansiedad generalizada – expresión emocional y cognitiva

La Escala para Desorden de Ansiedad Generalizada (GAD, *Generalized Anxiety Disorder Scale*), validada para personas mayores de 18 años, está conformada por dos ítems que evalúan conductas vinculadas con la expresión emocional y cognitiva de la ansiedad generalizada, escalados en cinco opciones de respuesta ordinal (desde para nada hasta casi todos los días). El cuestionario indagó a las personas si en los últimos 15 días se han sentido

nerviosas, ansiosas o muy alteradas, o si no han podido dejar de preocuparse; las opciones de respuesta fueron: nunca, menos de la mitad de los días, más de la mitad de los días, y casi todos los días. Con base en las respuestas se construye el puntaje que va de 0 a 6, siendo 3 el punto de corte o crítico.

El 56.15 % de las personas respondieron “sí” al menos a una de las preguntas o a ambas. La tabla 97 muestra la distribución de las respuestas.

**Tabla 97.** Distribución respuestas “sí” GAD2 - total población

GAD2	Menos de la mitad de los días		Más de la mitad de los días		Casi todos los días	
	%	IC	%	IC	%	IC
a) Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado	23.56	21.87 - 25.33	8.4	7.26 - 9.71	4.95	4.28 - 5.72
b) No ha podido dejar de preocuparse	27.74	25.64 - 29.93	11.11	9.88 - 12.47	11.02	9.65 - 12.56
Respondieron a) y/o b)	19.32	17.35 - 21.46	15.05	13.73 - 16.47	8.66	7.43 - 10.07

Al asignar los puntajes, se observa que el 21.78 % de las personas tienen probable riesgo de trastorno de ansiedad generalizada.

**Tabla 98.** Distribución de los puntajes GAD2 – total población

Puntajes						
1	2	3	4	5	6	Corte crítico (3+4+5+6)
19.32	15.05	8.66	6.41	3.09	3.62	21.78

**Sexo:** respondieron “sí” a una o ambas preguntas en alguna de las opciones: el 47.98 % de los hombres; el 63.46 % de las mujeres, y el 85.49 % de las personas intersexuales. De acuerdo

con los puntajes, el 16.01 % de los hombres, el 27.03 % de las mujeres y el 25.65 % de las personas intersexuales tienen riesgo de trastorno de ansiedad generalizada.

**Tabla 99.** Distribución de los puntajes GAD 2– sexo

Sexo	Puntajes						
	1	2	3	4	5	6	Corte crítico (3+4+5+6)
Hombre	18.25	13.72	6.82	4.22	1.97*	3*	16.01
Mujer	20.12	16.31	10.33	8.44	4.13*	4.13	27.03
Intersexual	54.77*	5.07*	9.32*	0.38*	0.19*	15.76*	25.65*

\*Datos con un margen de error mayor al 15 %.

**Curso de vida:** respondieron “sí” una o ambas preguntas en alguna de las opciones el 61.24 % de los jóvenes, el 54.95 % de los adultos y 53.48 % de las personas mayores.

De acuerdo con los puntajes, tienen riesgo de trastorno de ansiedad generalizada: el 23.57 % de los jóvenes, el 21.24 % de los adultos y el 21.19 % de las personas mayores.

**Tabla 100.** Distribución de los puntajes GAD 2 – curso de vida

Curso de vida	Puntajes						Corte crítico (3+4+5+6)
	1	2	3	4	5	6	
Juventud	21.84	15.83	9.08	8.16	3.77*	2.56*	23.57
Adulthood	18.5	15.21	8.35	5.89	3.25*	3.75	21.24
Vejez	18.66	13.64	9.05	5.8	1.84*	4.5*	21.19

\*Los datos deben ser manejados con precaución, margen de error mayor al 15 %.

**Estrato sociodemográfico:** respondieron “sí” al menos a una pregunta: el 59.22 % de las personas en estrato 1; el 57.59 %, de las personas en estrato 2; el 53.7 % de las personas en estrato 3; 52.03 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 51.06 % (error <15 %) de las personas que NS/NR, y el 31.08 % de las personas en zona rural. De acuerdo con el puntaje, están en

riesgo de trastorno de ansiedad generalizada: el 26.48 % de las personas en estrato 1; el 22.63 % de las personas en estrato 2; el 19.85 % de las personas en estrato 3; el 16.72 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 26.93 % de las personas que NS/NR, y el 8.81 % de las personas del área rural.

**Tabla 101.** Distribución de los puntajes GAD 2 – estrato socioeconómico

Estrato	Puntajes						Corte crítico (3+4+5+6)
	1	2	3	4	5	6	
1	19.23*	13.51	11.62*	7.08*	2.5*	5.28*	26.48
2	19.85	15.12	9.11	6.26	3.1	4.15	22.63
3	18.84	15.02	7.47	6.81	2.91*	2.67	19.85
4, 5 y 6	17.82*	17.49*	5.96*	4.27*	5.12*	1.36*	16.72*
NS/NR	21.44*	2.69*	-	-	-	26.93*	26.93*
Rural	12.4*	9.86*	1.27*	2.05*	4.07*	1.43*	8.81*

\*Estos datos deben tomarse con precaución, margen de error mayor al 15 %.

**Pertenencia étnica:** presentan riesgo de trastorno de ansiedad generalizada el 53.35 % de los indígenas; el 54.26 %\* de los gitanos; el 57.68 %\* de los raizales; el 74.45 %\* de los palenqueros; el 53.69 % de los afrodescendientes, y el 56.54 % de las

personas sin pertenencia étnica. El 18.35 % de los indígenas; el 6.2 % de los gitanos; el 28.16 % de los raizales; el 74.45 % de los palenqueros; 13.17 % de los afrodescendientes, y el 19.88 % de las personas sin pertenencia étnica están en riesgo de trastorno de ansiedad generalizada.

**Tabla 102.** Distribución de los puntajes – pertenencia étnica

Grupo étnico	Puntajes						Corte crítico (3+4+5+6)
	1	2	3	4	5	6	
Indígena	11.42*	8.5*	6.12*	1.68*	7.26*	23.57	18.36*
Gitano	18.8*	26.45*	2.68*		0.13*	29.26*	6.2*



Raizal	2.33*	-	18.66*	8.53*	-	27.19*	28.16*
Palenquero	-	-	-	-	-	-	74.45*
Afrodescendiente	14.97*	7.93*	4.43*	8.79*	4.4*	25.55*	13.17*
Sin pertenencia étnica	15.33	8.74	6.59	2.68	3.32	21.33	19.88

\*Estos datos deben tomarse con precaución, margen de error mayor al 15 %.

#### 2.4. Trastorno bipolar – riesgo o indicio

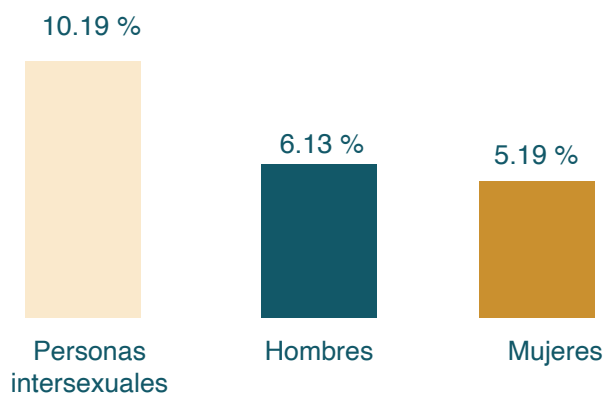
El *Mood Disorder Questionnaire* (MDQ) se aplicó a las personas mayores de edad (18 y más años), un instrumento de cribado para los trastornos del estado del ánimo. Este cuestionario no reemplaza una evaluación médica completa, sin embargo, el responder “sí” a siete o más eventos se considera una indicación positiva para trastorno bipolar.

Los resultados muestran que el 5.65 % de las personas tiene una indicación positiva para trastorno bipolar; que corresponde al 6.13 % de los hombres, el 5.19 % de las mujeres y el 10.19 % de las personas intersexuales.

**Tabla 103.** Indicación positiva para trastorno bipolar – población total y sexo

Total/Sexo	%	IC	#	IC
	5.65	4.85 - 6.57	35.1887	295.896 - 407.877
Hombres	6.13	5 - 7.5	181.707	145.246 - 218.169
Mujeres	5.19	4.07 - 6.61	168.552	126.141 - 210.962
Personas intersexuales	10.19	1.2 - 51.42	1.628	0 - 4.717

**Gráfica 45.** Indicación positiva para trastorno bipolar, según sexo



**Curso de vida:** al observar la información por curso de vida se encuentra que tienen indicación positiva para trastorno bipolar el 6.39 % de las personas en la juventud; el 6.29 % de las personas en la adultez, y el 2.93 % de las personas en la vejez.

**Tabla 104.** Indicación positiva para trastorno bipolar – curso de vida

Ciclo vital	%	IC	#	IC
Juventud	6.39	4.92 - 8.26	94.070	69.291 – 118.850
Adulthood	6.29	5.09 - 7.75	221.974	172.680 – 271.268
Vejez	2.93	2.19 - 3.9	35.843	25.467 – 46.218

**Estrato socioeconómico:** tienen indicación positiva para trastorno bipolar: el 9.16 % de las personas en estrato 1; el 4.9 % de las personas en estrato 2; el 5.57 % de las personas en estrato 3; el 5.78 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 2.56 % de las personas del área rural.

**Tabla 105.** Indicación positiva para trastorno bipolar – estrato socioeconómico

Estrato	%	IC	#	IC
1	9.16*	6.41 - 12.93*	63.923	40.219 – 87.628
2	4.9	4.04 - 5.94	152.093	120.520 – 183.665
3	5.57*	4.06 - 7.59*	113.839	77.735 – 149.944
4, 5 y 6	5.78	2.61 - 12.33	21.983	1.647 – 42.319
Rural	2.56*	1.18 - 5.49*	49	11 - 87

\*Margen de error mayor al 15 %, tener precaución con el manejo de estos datos.

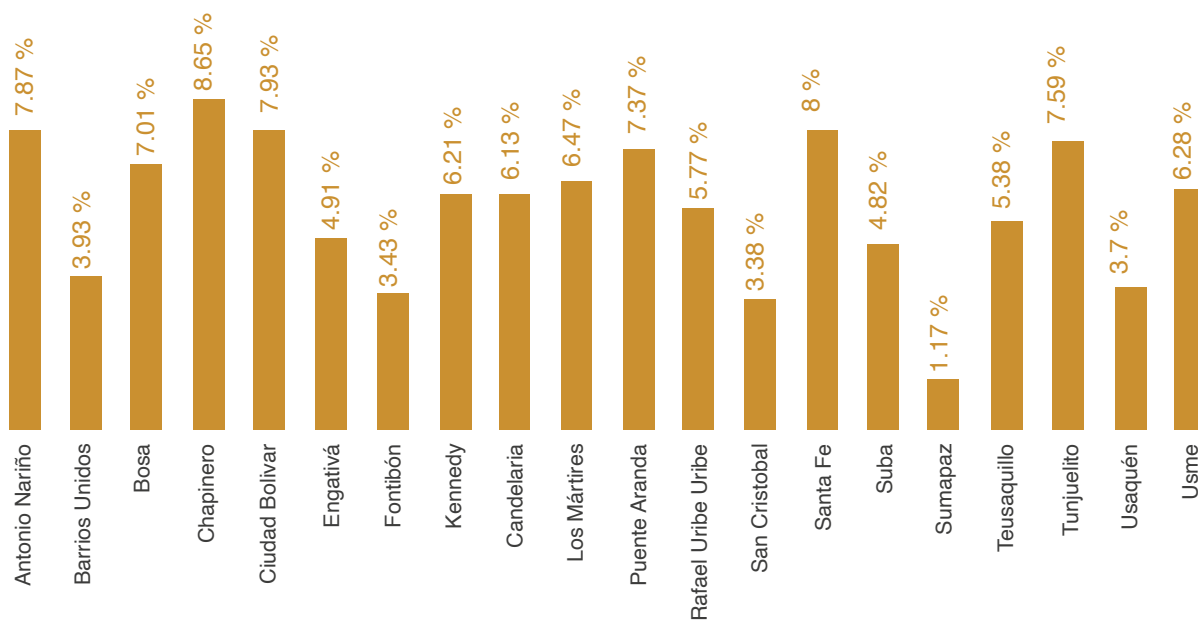
**Pertenencia étnica:** presentan indicación positiva de trastorno bipolar el 10.96 % de los indígenas; el 8.71 % de los gitanos; el 0.88 % de los raizales; el 0.88 % de los afrodescendientes, y el 5.09 % de las personas sin pertenencia étnica.

**Tabla 106.** Indicación positiva para trastorno bipolar – pertenencia étnica

Grupo étnico	%	IC	#	IC
Indígena	10.96*	6.2 - 18.64*	39.667*	14.842 – 64.491*
Gitano	8.71*	1.3 - 40.9*	408*	0 – 1.176*
Raizal	0.88*	0.11 - 6.39*	81*	0 – 236*
Afrodescendiente	8.08*	3.83 - 16.23*	38.403*	8.839 – 67.967*
Sin pertenencia étnica	5.09	4.36 - 5.93	273.328	231.403 – 315.253

\*Margen de error mayor al 15 %, tener precaución con el manejo de estos datos.

**Localidades:** los porcentajes más altos de personas con indicación de trastorno bipolar están en las localidades de Chapinero (8.65 %), Santa Fe (8 %) y Ciudad Bolívar (7.93 %). En las localidades de Fontibón (3.43 %), San Cristóbal (3.38 %) y Sumapaz (1.17 %) están los porcentajes más bajos.

**Gráfica 46.** Indicación positiva para trastorno bipolar – localidad**Tabla 107.** Indicación positiva para trastorno bipolar - localidad

Localidad	%	IC	#	IC
Antonio Nariño	7.87*	5.24 - 11.67*	5.130*	3.076 – 7.183*
Barrios Unidos	3.93*	2.37 - 6.45*	4.978*	2.486 – 7.470*
Bosa	7.01*	4.34 - 11.14*	38.057*	20.283 – 55.832*
Chapinero	8.65*	2.58 - 25.28*	12.936*	0 – 31.482*
Ciudad Bolívar	7.93*	4.88 - 12.61*	37.722*	19.243 – 56.202*
Engativá	4.91*	2.69 - 8.81*	32.754*	12.517 – 52.990*
Fontibón	3.43*	2.12 - 5.51*	11.184*	5.988 – 16.380*
Kennedy	6.21*	3.68 - 10.27*	50.593*	20.764 – 80.422*
La Candelaria	6.13	5.27 - 7.12	964	846 – 1.082
Los Mártires	6.47*	3.05 - 13.17*	4.281*	957 – 7.605*
Puente Aranda	7.37*	5.33 - 10.13*	15.446*	10.238 – 20.655*
Rafael Uribe Uribe	5.77*	3.94 - 8.35*	17.014*	10.665 – 23.362*
San Cristóbal	3.38*	2.31 - 4.92*	10.243*	6.476 – 14.009*
Santa Fe	8*	3.98 - 15.43*	6.581*	1.639 – 11.523*
Suba	4.82*	3.03 - 7.57*	49.636*	27.715 – 71.557*
Sumapaz	1.17*	0.53 - 2.56*	25*	4 – 45*
Teusaquillo	5.38*	3.47 - 8.27*	7.725*	4.388 – 11.062*
Tunjuelito	7.59*	3.8 - 14.59*	10.543*	3.005 – 18.081*



Usaquén	3.7*	2.34 - 5.81*	17.721*	9.683 – 25.759*
Usme	6.28*	4.05 - 9.59*	18.355*	10.188 – 26.521*

\*Margen de error mayor al 15 %, tener precaución con el manejo de estos datos.

**Zonas:** se encuentra que tienen indicación positiva para trastorno bipolar el 5.66 % de las personas en zona urbana y el 2.68 % de las personas en zona rural.

**Tabla 108.** Indicación positiva para trastorno bipolar – por zona

Zona	%	IC	#	IC
Urbano	5.66	4.86 - 6.59	351.383	295.392 – 407.374
Rural	2.68	2.25 - 3.18	504	409 - 598

### 2.5. Estrés postraumático – riesgo o indicio

El trastorno de estrés postraumático (*post traumatic stress disorder*, PTSD) puede desarrollarse después de la exposición a un evento o una serie de eventos extremadamente amenazantes u horribles. Se caracteriza por todo lo siguiente:

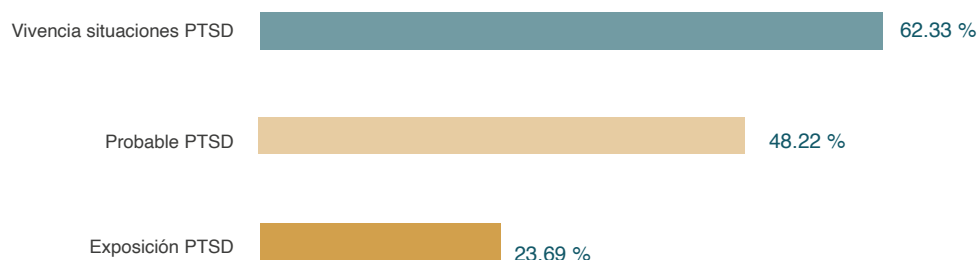
1. Volver a experimentar el evento o eventos traumáticos en el presente en forma de recuerdos vívidos intrusivos, flashbacks o pesadillas. La reexperimentación puede ocurrir a través de una o múltiples modalidades sensoriales, y generalmente va acompañada de emociones fuertes o abrumadoras, particularmente miedo u horror, y sensaciones físicas fuertes.
2. Evitar pensamientos y recuerdos del evento o eventos, o evitar actividades, situaciones o personas que lo(s) revivan.
3. Percepciones persistentes de una mayor amenaza actual, por ejemplo, indicada por hipervigilancia o una reacción de sobresalto, aumentada ante estímulos como ruidos

inesperados. Los síntomas persisten durante al menos varias semanas y causan un deterioro significativo en áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes del funcionamiento (PTSD-CIE-11).

Se indagó sobre la exposición a trastorno de estrés postraumático, probabilidad del trastorno y vivencia de situaciones generadoras de estrés postraumático. De acuerdo con los resultados, el 23.69 % de las personas han manifestado que alguna vez han sufrido una experiencia traumática o muy angustiante, que alteró el funcionamiento de su vida diaria de manera considerable, y que aún hoy en día la afecta. De estas personas el 48.22 % son identificadas con probable trastorno con estrés postraumático, y de estas personas el 62.33 % viven con frecuencia o mucha frecuencia situaciones asociadas al estrés postraumático.

**Tabla 109.** Identificación de PTSD – total población

Exposición a PTSD			Probable PTSD				Vivencia situaciones PTSD				
%	IC	#	IC	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
23.69	22.03 - 25.44	1.472.652	1.361.109 – 1.584.195	48.22	44.23 - 52.24	710.167	626.167 – 794.168	62.33	58.04 - 66.43	831.154	742.765 – 919.544

**Gráfica 47.** Identificación de PTSD – total población

**Sexo:** han tenido exposición a una experiencia traumática: el 19.62 % de los hombres; el 27.13 % de las mujeres, y el 81.88 % de las personas intersexuales. De estos, el 46.16 % de los hombres, 49.95 % de las mujeres, y 23.94 % de las personas intersexuales se

identifican con probable PTSD; y de estos últimos el 55.93 % de los hombres, el 66.04 % de las mujeres y el 89.54 % de las personas intersexuales, viven con frecuencia o mucha frecuencia situaciones asociadas al PTSD.

**Tabla 110.** Identificación de PTSD – por sexo

Exposición a PTSD				
Sexo	%	IC	#	IC
Hombres	19.62	17.11 - 22.39	580.902	499.184 – 662.621
Mujeres	27.13	24.98 - 29.4	878.669	800.400 – 956.938
Personas intersexuales	81.88	49.48 - 95.42	13.081*	0 – 30.066*
Probable PTSD				
Sexo	%	IC	#	IC
Hombres	46.16	38.83 - 53.65	268.121	208.169 – 328.073
Mujeres	49.95	45.44 - 54.47	438.914	378.157 – 499.672
Personas intersexuales	23.94*	4.01 - 70.35*	3.132*	0 – 6.690*
Vivencia situaciones PTSD				
Sexo	%	IC	#	IC
Hombres	55.93	47.97 - 63.6	291.001	238.284 – 343.719
Mujeres	66.04	61.71 - 70.12	528.440	460.552 – 596.328
Personas intersexuales	89.54	57.77 - 98.17	11.713	0 – 28.633

\*Dato con margen de error mayor a 15 %, tomar con precaución.





**Curso de vida:** han estado expuestos a situaciones traumáticas o muy angustiantes el 25.44 % de los jóvenes; el 24.12 % de los adultos, y el 20.36 % de las personas mayores. De estas personas el 56.1 % de los jóvenes, 47.28 % de los adultos y el 39.62 % de las

personas mayores se identifican con probable PTSD; y a su vez, de estos, el 74.28 % de los jóvenes, el 59.78 % de los adultos y el 51.66 % de las personas mayores viven con frecuencia o mucha frecuencia situaciones asociadas a PTSD.

**Tabla 111.** Identificación de PTSD – curso de vida

Exposición a PTSD				
Momento	%	IC	#	IC
Juventud	25.44	21.83 - 29.42	374.165	310.061 - 438.270
Adulthood	24.12	21.7 - 26.71	849.108	760.239 – 937.976
Vejez	20.36	17.48 - 23.59	249.379	207.668 – 291.090
Probable PTSD				
Momento	%	IC	#	IC
Juventud	56.1	47.23 - 64.6	209.916	161.384 – 258.448
Adulthood	47.28	41.9 - 52.73	401.451	334.637 – 468.266
Vejez	39.62	32.28 - 47.46	98.800	73.180 – 124.419
Vivencia situaciones PTSD				
Momento	%	IC	#	IC
Juventud	74.28	63.52 - 82.73	263.886	215.210 – 312.562
Adulthood	59.78	54.43 - 64.9	455.730	389.583 – 521.878
Vejez	51.66	42.1 - 61.11	111.538	80.050 – 143.027

**Estrato sociodemográfico:** han vivido alguna vez en su vida un evento traumático el 23.86 % de las personas en estrato 1; el 24.68 % de las personas en estrato 2; el 22.76 % de las personas en estrato 3; el 20.44 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 4.27 %\* de las personas que NS/NR, y el 11.77 % de las personas del área rural. Tienen probable PTSD: el 47.64 % de las personas en estrato 1; el 53.67 % de las personas en estrato 2; el 42.14 % de las personas en estrato 3; el

32.42 %\* de las personas en estrato 4, 5 y 6. el 22.11 %\* de las personas que NS/NR, y el 47.64 % de las personas del área rural. Y de estas, viven con frecuencia o mucha frecuencia situaciones asociadas al PTSD: el 69.72 % de las personas en estrato 1; el 64.54 % de las personas en estrato 2; el 58.74 % de las personas en estrato 3; el 43.59 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 100 % de las personas que NS/NR, y 70.12 % de las personas del área rural.

**Tabla 112.** Identificación de PTSD – estrato socioeconómico

Exposición a PTSD				
Estrato	%	IC	#	IC
1	23.86	19.67 - 28.62	166.196	133.082 – 199.310
2	24.68	22.31 - 27.22	763.806	666.183 – 861.428
3	22.76	19.89 - 25.9	464.773	401.235 – 528.311
4, 5 y 6	20.44*	14.89 - 27.41*	77.645*	51.123 – 104.166*
NS/NR	4.27*	1.33 - 12.81*	8*	0 – 16*
Rural	11.77	8.96 - 15.31	225	162 - 288
Probable PTSD				
Estrato	%	IC	#	IC
1	47.64	37.95 - 57.5	79.170*	54.578 – 103.762*
2	53.67	47.71 - 59.52	409.897	33.4126 – 485.669
3	42.14	36.23 - 48.29	195.875	160.251 – 231.499
4, 5 y 6	32.42*	21.47 - 45.71*	25.175*	14.695 – 35.656*
NS/NR	22.11*	11.12 - 39.19*	50*	11 – 88*
Rural	47.64	37.95 - 57.5	79.170*	54.578 – 103.762*
Vivencia situaciones PTSD				
Estrato	%	IC	#	IC
1	69.72	60.31 - 77.73	106.065	77.407 – 134.723
2	64.54	58.47 - 70.18	455.286	377.117 – 533.455
3	58.74	51.33 - 65.79	241.467	202.777 – 280.156
4, 5 y 6	43.59*	28.94 - 59.45*	28.228*	17.893 – 38.562*
NS/NR	100	100 - 100	8*	0 – 16*
Rural	70.12	54.4 - 82.2	101*	50 – 153*

\*Dato con margen de error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Pertenencia étnica:** han vivido un evento traumático alguna vez en la vida: el 31.37 % de los indígenas; el 55.65 %\* de los gitanos; el 28.66 %\* de los raizales; el 26.18 % de los afrodescendientes; y el 22.94 % de las personas sin pertenencia étnica. De estas personas, se identifican con probable PTSD: el 50.41 %\* de los indígenas; el 73.22 %\* de los gitanos; 8.5 %\* de los raizales; el 46.72 %\* de los

afrodescendientes, y el 48.21 % de las personas sin pertenencia étnica. Y de estas, viven con frecuencia o mucha frecuencia situaciones asociadas a PTSD: el 46.49 %\* de los indígenas; 49.14 %\*, de los gitanos; el 36.87 %\* de los raizales; el 59.59 % de los afrodescendientes, y el 64.14 % de las personas sin pertenencia étnica.

**Tabla 113.** Identificación de PTSD – pertenencia étnica

Exposición a PTSD				
Grupo étnico	%	IC	#	IC
Indígena	31.37	24.29 - 39.43	113.535*	77.808 – 149.261*
Gitano	55.65*	28.43 - 79.85*	2.609*	312 – 4.906*
Raizal	28.66*	8.12 - 64.63*	2.641*	0 – 5.996*
Afrodescendiente	26.18	19.68 - 33.93	124.261*	86.683 – 161.838*
Sin pertenencia étnica	22.94	21.18 - 24.8	1.229.607	1.128.913 – 1.330.300



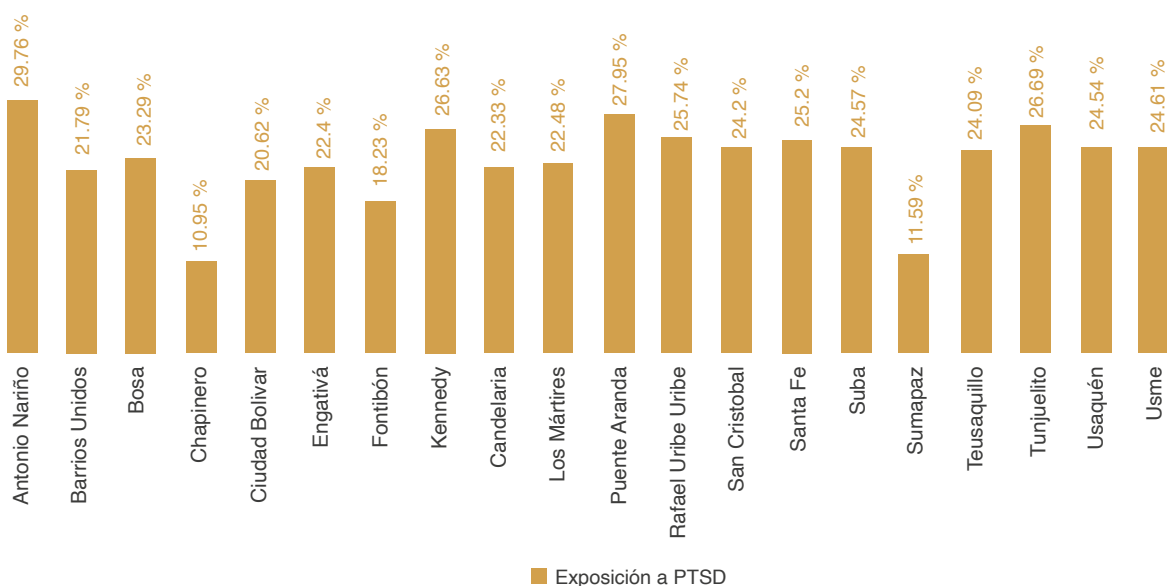
Probable PTSD				
Grupo étnico	%	IC	#	IC
Indígena	50.41*	34.77 - 65.97*	57.231*	27.486 – 86.975*
Gitano	73.22*	32.63 - 93.91*	1.910*	0 – 4.041*
Raizal	8.5*	1.38 - 38.16*	224*	0 – 515*
Afrodescendiente	46.72*	32.19 - 61.83*	58.057*	31.834 – 84.280*
Sin pertenencia étnica	48.21	43.97 - 52.46	592.745	518.811 – 666.679
Vivencia situaciones PTSD				
Grupo étnico	%	IC	#	IC
Indígena	46.49*	29.97 - 63.81*	47.466*	23.340 – 71.592*
Gitano	49.14*	11.48 - 87.81*	1.081*	0 – 2.291*
Raizal	36.87*	5.17 - 86.22*	974*	0 – 2.479*
Afrodescendiente	59.59	42.08 - 74.96	65.829*	38.988 – 92.671*
Sin pertenencia étnica	64.14	59.56 - 68.47	715.804	633.523 – 798.085

\*Dato con un margen de error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** las prevalencias de vida más altas de las personas que han sufrido una experiencia traumática se encuentran en las localidades de: Antonio Nariño (29.76 %),

Puente Aranda (27.95 %) y Tunjuelito (26.69 %); y en las localidades de Fontibón (18.23 %), Sumapaz (11.59 %) y Chapinero (10.95 %), se encuentran las más bajas.

**Gráfica 48.** Exposición a PTSD - localidades



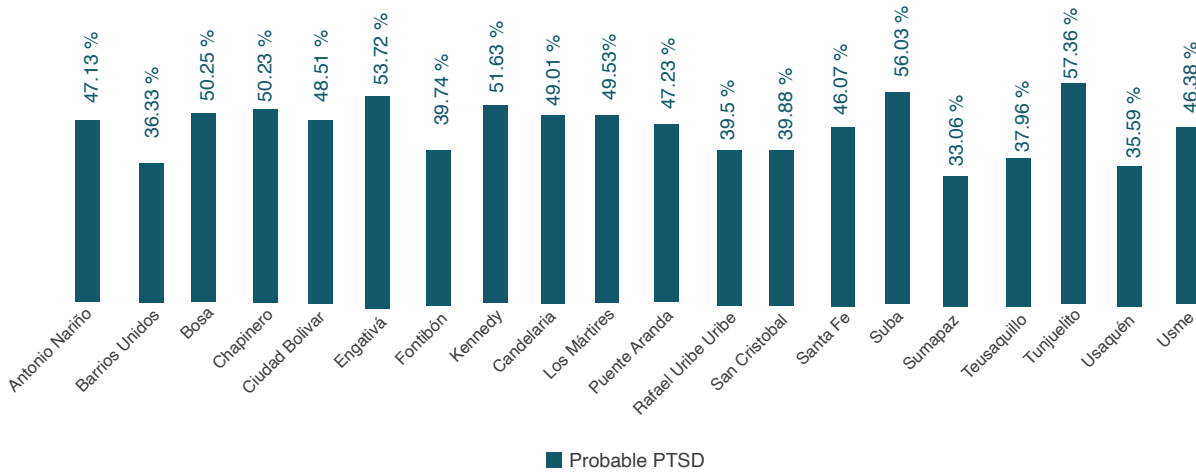
\*Dato con margen de error mayor a 15 %, tomar con precaución.



Los mayores porcentajes de personas, que habiendo sufrido un evento traumático, están en riesgo o probable PTSD, se encuentran en las localidades de Tunjuelito (57.36 %), Suba

(56.03 %) y Engativá (53.72 %). Y los más bajos están en las localidades de Barrios Unidos (36.33 %\*), Usaquén (35.59 %\*) y Sumapaz (33.06 %\*).

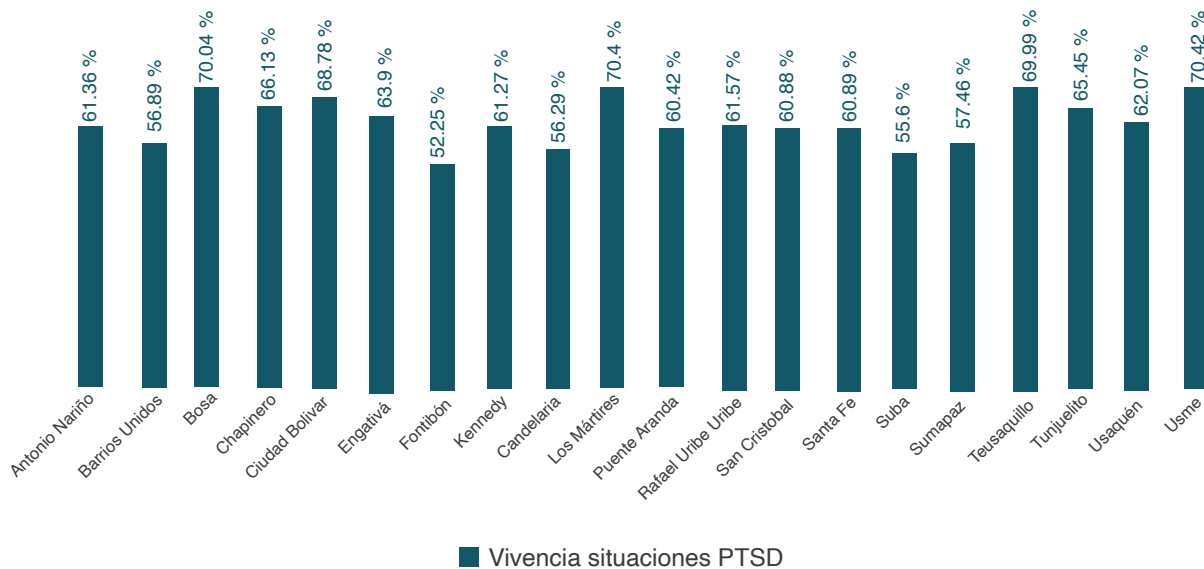
**Gráfica 49. Probable PTSD – localidades**



Se registran los porcentajes más altos de las personas que están en riesgo de PTSD, y que viven con frecuencia y mucha frecuencia situaciones asociadas a PTSD, en las localidades de

Usme (70.42 %), Los Mártires (70.4 %) y Bosa (70.04 %); y en las localidades de La Candelaria (56.29 %), Suba (55.6 %) y Fontibón (52.25 %) se registran los más bajos.

**Gráfica 50. Vivencia situaciones PTSD**





**Zonas:** han vivido una situación traumática el 23.72 % de las personas en zona urbana y el 14.81 % de las personas en zona rural; de estas el 48.24 % de las personas en zona urbana y el 37.22 % en zona rural tiene probable PTSD.

Y de estas, viven con frecuencia o mucha frecuencia situaciones asociadas a PTSD: el 62.35 % de personas en zona urbana y el 51.32 % en zona rural.

**Tabla 114.** Identificación de PTSD - zona

Exposición a PTSD				
Zona	%	IC	#	IC
Urbana	23.72	22.05 - 25.47	1.469.863	1.358.321 – 1.581.405
Rural	14.81	12.65 - 17.27	2.789	2.285 – 3.294
Probable PTSD				
Zona	%	IC	#	IC
Urbana	48.24	44.24 - 52.27	709.129	625.129 – 793.129
Rural	37.22	30.33 - 44.66	1.038	775 – 1.301
Vivencia situaciones PTSD				
Zona	%	IC	#	IC
Urbana	62.35	58.05 - 66.46	829.979	741.590 – 918.368
Rural	51.32	44.2 - 58.38	1.175	910 – 1.440

### 2.6. Trastorno por consumo de bebidas alcohólicas – consumo de riesgo y perjudicial

Para reconocer riesgos o indicios por consumo de riesgo y perjudicial de bebidas alcohólicas, se aplicó el instrumento AUDIT, sigla de *Alcohol Use Disorders Identification Test* (Prueba de Identificación de Trastornos Relacionados con el Consumo de Alcohol); una prueba simple de diez preguntas desarrollada por la Organización Mundial de la Salud, que sirve para determinar si el consumo de alcohol de una persona puede considerarse peligroso.

Del total de personas que manifestaron haber consumido bebidas alcohólicas alguna vez en su vida el 1.26 %<sup>2\*</sup> presenta consumo perjudicial de estas bebidas; el 1.61 % presenta consumo de riesgo; el 13.67 % tiene un consumo de bebidas alcohólicas por encima

de las recomendaciones de bajo riesgo, y el 83.46 % tiene un consumo de bajo riesgo.

**Sexo:** al observar la información por sexos se encuentra que los hombres tienen un índice más alto de consumo perjudicial (1.92 %\*), frente al (0.44 %\*) en las mujeres; las personas intersexuales no registran datos en el consumo perjudicial ni en el de riesgo.

En el consumo de riesgo el índice en hombres es también más alto (2.36 %\*), respecto a las mujeres (0.65 %\*). En el consumo de bebidas alcohólicas por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, los hombres siguen presentando un índice mayor (18.08 %); en relación a las mujeres (8.07 %); las personas intersexuales presentan en este consumo un índice de 38.21 %\*, más alto que en hombres y mujeres. En el consumo de bajo riesgo son las mujeres las que presentan el mayor índice (90.84 %), respecto

<sup>2</sup> \*Los datos que aparecen con \* en las tablas o el texto tienen un margen de error mayor al 15 %, y deben manejarse con precaución y de manera indicativa.



de los hombres (77.64 %) y a las personas intersexuales (61.79 %\*); en síntesis, se puede afirmar que las mujeres con más frecuencia tienen un consumo de bebidas alcohólicas de bajo riesgo, mientras que los hombres suelen

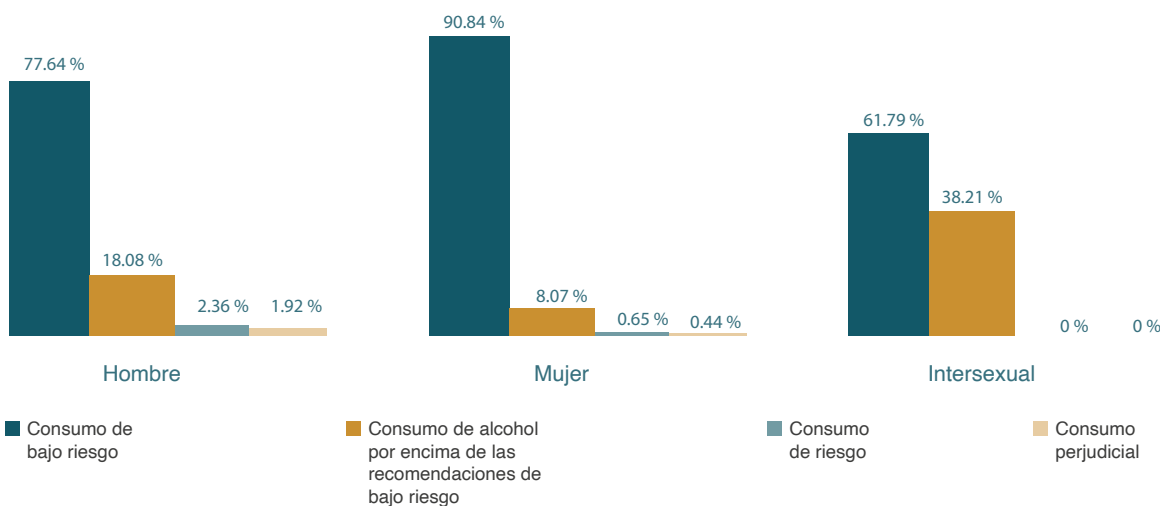
tener con más frecuencia consumos de riesgo y perjudiciales. Las personas intersexuales se ubican en su mayoría en el consumo de bajo riesgo y no registran consumos de riesgo o perjudiciales.

**Tabla 115.** Índice de riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas –total población y sexo

Sexo	Consumo de bajo riesgo		Consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Total	83.46	81.59 - 85.18	13.67	12.1 - 15.41	1.61	1.2 - 2.15	1.26*	0.82 - 1.94
Hombre	77.64	74.54 - 80.46	18.08	15.59 - 20.87	2.36*	1.69 - 3.3	1.92*	1.17 - 3.12
Mujer	90.84	88.69 - 92.62	8.07	6.35 - 10.19	0.65*	0.36 - 1.16	0.44*	0.2 - 0.98
Intersexual	61.79*	25.82 - 88.26	38.21*	11.74 - 74.18	-	-	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 51.** Índice de riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas, según sexo



**Curso de vida:** el mayor índice en el consumo perjudicial de bebidas alcohólicas se observa en la juventud con el 1.49 %\*; seguido de 1.3 %\* en la adultez, y 0.92 %\* en la vejez; en la población adolescente no se registran consumos perjudiciales. Frente al consumo de riesgo el mayor índice se presenta en la vejez con el 2.75 %\*; seguido de 1.91 %\* en la juventud; 1.34 %\* en la adultez, y el más

bajo es en la adolescencia 0.04 %\*. En el consumo de bebidas alcohólicas por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, el mayor índice se presenta en la juventud con el 16.02 %; el segundo mayor índice se observa en la adultez 13.36 %; luego está la vejez 12.63 % y el más bajo en la adolescencia 4.36 %\*. En la adolescencia se observa el mayor índice, con el 95.61 % de consumo de bajo riesgo; seguido



de la adultez con el 83.99 %; la vejez con el 83.7 %, y el más bajo se da en la juventud, con el 80.57 %. En síntesis, se puede afirmar que la población adolescente no presenta consumo perjudicial de alcohol y en su mayoría tiene un

consumo de bajo riesgo; la juventud suele tener consumos de más alto riesgo y perjudicial; y en la adultez y la vejez se presentan consumos de riesgo y perjudiciales.

**Tabla 116.** Índice de riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas – curso de vida

Ciclo vital	Consumo de bajo riesgo		Consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Adolescencia	95.61	89.87 - 98.16	4.36*	1.81 - 10.1	0.04*	0.01 - 0.23	-	-
Juventud	80.57	77.06 - 83.65	16.02	13.14 - 19.4	1.91*	1.28 - 2.85	1.49*	0.78 - 2.85
Adultez	83.99	81.16 - 86.47	13.36	11.11 - 15.99	1.34*	0.97 - 1.86	1.3*	0.7 - 2.43
Vejez	83.7	78.96 - 87.54	12.63	9.77 - 16.18	2.75*	0.91 - 8.07	0.92*	0.41 - 2.04

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estrato socioeconómico:** el mayor índice de consumo perjudicial de bebidas alcohólicas se observa en las personas del área rural, con el 3.98 %\*; le sigue el estrato 1 con 1.9 %\*; el estrato 2 con 1.72 %\*; el estrato 3 con 0.58 %\*, y los estratos 4, 5 y 6 con 0.31 %\*. En el consumo de riesgo el mayor índice se ve en el estrato 1 con 2.37 %\*; le sigue el estrato 2 con 1.93 %\*; y el estrato 3 con 1.12 %\*. En tanto que en el consumo de bebidas alcohólicas por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, el mayor índice se registra en los estratos 4, 5 y 6 con

16.52 %\*; le sigue el estrato 1 con 15.99 %; las personas del área rural con 15.42 %\*; el estrato 2 con 15.24 %; el estrato 3 con 9.89 %, y las personas que NS/NR con 7.2 %\*. El mayor índice de consumo de bajo riesgo se observa en las personas que NS/NR con 92.8 %. Al analizar este mismo índice por estratos, el estrato 3 reportó 88.41 %, seguido de los estratos 4, 5 y 6 con 82.66 %; el estrato 2 con 81.11 %; las personas del área rural con 80.6 %, y el estrato 1 con 79.75 %.

**Tabla 117.** Índice de riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas – estrato socioeconómico

Estrato	Consumo de bajo riesgo		Consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	79.75	74 - 84.49	15.99	11.98 - 21.01	2.37*	1.49 - 3.75	1.9*	0.95 - 3.74
2	81.11	78.2 - 83.71	15.24	12.87 - 17.97	1.93*	1.24 - 3	1.72*	0.95 - 3.09
3	88.41	85.99 - 90.46	9.89	8.03 - 12.13	1.12*	0.73 - 1.71	0.58*	0.26 - 1.26
4, 5 y 6	82.66	72.45 - 89.62	16.52*	9.68 - 26.78	0.51*	0.21 - 1.24	0.31*	0.12 - 0.8
NS/NR	92.8	78.26 - 97.88	7.2*	2.12 - 21.74	-	-	-	-
Rural	80.6	67.83 - 89.12	15.42*	7.38 - 29.44	-	-	3.98*	2.75 - 5.72

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Pertenencia étnica:** entre las personas que se autoreconocen como pertenecientes a un pueblo o cultura étnica, el mayor índice de consumo perjudicial se observa en los indígenas con el 6.78 %\*, y le siguen los afrodescendientes con el 2.78 %\*, las personas sin pertenencia étnica registran un índice de 0.78 %\* en este consumo perjudicial. Frente al consumo de riesgo, el mayor índice está en los gitanos (10.14 %\*), palenqueros (8.48 %\*), afrodescendientes (1.98 %\*), indígenas (1.38 %\*) y raizales (1.11 %\*), y personas sin pertenencia étnica (1.57 %\*). En el consumo de bebidas alcohólicas por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, el mayor índice se registra en los palenqueros (91.24 %\*), le siguen los gitanos (37.98 %\*), los raizales (28.13 %\*), los afrodescendientes (22.27 %\*),

y los indígenas (18.77 %); las personas sin pertenencia étnica presentan un índice de 12.45 %. En el consumo de bajo riesgo, el mayor índice se observa en los indígenas (73.07 %), le siguen los afrodescendientes (72.97 %), los raizales (70.76 %)\*, los gitanos (51.88 %\*), y los palenqueros (0.29 %\*); las personas sin pertenencia étnica tienen un índice de 85.2 %.

Aunque los datos deben ser tomados solo indicativamente, se aprecia que en los indígenas y afrodescendientes hay un consumo perjudicial; y que la mayor parte de los palenqueros tienen consumo por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, aunque no se presentan consumos perjudiciales, es muy bajo el porcentaje de palenqueros que tienen consumo de bajo riesgo.

**Tabla 118.** Índice de riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas – pertenencia étnica

Grupo étnico	Consumo de bajo riesgo		Consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	73.07	62.82 - 81.34	18.77*	12.51 - 27.19	1.38*	0.67 - 2.82	6.78*	2.14 - 19.48
Gitano	51.88*	20.86 - 81.51	37.98*	12.32 - 72.74	10.14*	1.51 - 45.44	-	-
Raizal	70.76*	29.54 - 93.32	28.13*	6.2 - 69.86	1.11*	0.15 - 7.81	-	-
Palenquero	0.29*	0.03 - 2.39	91.24	49.21 - 99.11	8.48*	0.82 - 50.94	-	-
Afrodescendiente	72.97	63.17 - 80.95	22.27*	14.98 - 31.78	1.98*	1.04 - 3.73	2.78*	0.97 - 7.71
Sin pertenencia étnica	85.2	83.35 - 86.87	12.45	10.89 - 14.21	1.57*	1.12 - 2.2	0.78*	0.55 - 1.11

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** las localidades con el mayor índice de consumo perjudicial son: Usaquén con 4.28 %\*; Chapinero con 3.54 %\*, y Santa Fe con 2.6 %\*. Las que presentan los índices más bajos en el consumo perjudicial son: Fontibón con 0.25 %\*; Kennedy con 0.22 %\*, y Teusaquillo con 0.22 %\*. En el índice de consumo de riesgo las localidades que presentan los más altos son:

Tunjuelito con 3.93 %\*; Santa Fe con 3.59 %\*, y Los Mártires con 2.98 %\*. Y los índices más bajos del consumo de riesgo están en las localidades de: La Candelaria con 0.97 %\*; Chapinero 0.93 %\* y Suba con 0.83 %\*.

En el consumo de bebidas alcohólicas por encima de las recomendaciones de bajo riesgo, los





mayores índices están en las localidades de: La Candelaria con 21.52 %; Ciudad Bolívar con 17.59 %\*, y Tunjuelito con 17.56 %\*. Y los más bajos en: Engativá con 10.88 %\*; Chapinero con 7.76 %, y Barrios Unidos con 7.54 %. En el consumo de

bajo riesgo, los mayores índices se encuentran en las localidades de: Barrios Unidos con 90.58 %; Chapinero con 87.77 %, y Puente Aranda con 86.96 %. Y los más bajos en: Tunjuelito 78.08 %, Los Mártires 78.01 % y La Candelaria 77.07 %.

**Tabla 119.** Índice de riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas – localidades

Localidades	Consumo de bajo riesgo		Consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	80.87	74.84 - 85.73	15.54*	10.81 - 21.83	1.78*	0.97 - 3.25	1.81*	0.83 - 3.93
Barrios Unidos	90.58	86.19 - 93.67	7.54*	4.81 - 11.62	1.49*	0.79 - 2.81	0.39*	0.08 - 1.91
Bosa	83.02	75.25 - 88.72	13.68*	8.87 - 20.51	1.26*	0.53 - 2.95	2.04*	0.6 - 6.69
Chapinero	87.77	80.21 - 92.7	7.76*	4.23 - 13.81	0.93*	0.5 - 1.75	3.54*	1.39 - 8.71
Ciudad Bolívar	78.68	70.71 - 84.94	17.59*	12.22 - 24.65	1.73*	0.82 - 3.62	2*	0.64 - 6.07
Engativá	86.31	80.62 - 90.52	10.88*	6.99 - 16.55	2.19*	0.95 - 4.96	0.63*	0.15 - 2.59
Fontibón	85.4	80.76 - 89.07	13*	9.43 - 17.65	1.36*	0.55 - 3.29	0.25*	0.09 - 0.7
Kennedy	83.55	75.91 - 89.12	14.4*6	9.21 - 21.99	1.76*	0.44 - 6.87	0.22*	0.05 - 0.86
La Candelaria	77.07	73.78 - 80.05	21.52	18.6 - 24.75	0.97*	0.58 - 1.64	0.44*	0.32 - 0.62
Los Mártires	78.01	68.25 - 85.41	17.39*	10.28 - 27.88	2.98*	1.85 - 4.77	1.62*	0.75 - 3.44
Puente Aranda	86.96	82.42 - 90.46	11.19*	7.84 - 15.73	1.11*	0.54 - 2.28	0.74*	0.29 - 1.84
Rafael Uribe Uribe	81.96	76.56 - 86.34	15.31*	11.26 - 20.49	1.91*	0.87 - 4.17	0.81*	0.3 - 2.18
San Cristóbal	83.27	77.36 - 87.88	13.29*	9.08 - 19.04	1.8*	0.92 - 3.47	1.64*	0.74 - 3.61
Santa Fe	78.35	72.39 - 83.33	15.46	11.65 - 20.23	3.59*	1.86 - 6.81	2.6*	1.42 - 4.7
Suba	85.14	78.87 - 89.79	13.53*	9.05 - 19.74	0.83*	0.35 - 1.99	0.5*	0.18 - 1.37
Sumapaz	85.95	82.2 - 89.02	10.9	8.35 - 14.11	1.61*	0.77 - 3.33	1.53*	0.73 - 3.21
Teusaquillo	85.7	80.33 - 89.78	12.6*	8.75 - 17.82	1.48*	0.61 - 3.55	0.22*	0.09 - 0.55
Tunjuelito	78.08	69.72 - 84.63	17.56*	12.27 - 24.48	3.93*	0.92 - 15.26	0.43*	0.2 - 0.94
Usaquén	80.25	72 - 86.52	14.23*	9.78 - 20.25	1.25*	0.5 - 3.1	4.28*	1.14 - 14.73
Usme	78.71	71.48 - 84.5	16.27*	11.07 - 23.26	2.95*	1.45 - 5.93	2.07*	0.9 - 4.7

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Zona:** en la zona rural se presenta el índice de consumo perjudicial más alto, de 2.38 %\*, frente a la zona urbana que es de 1.26 %; también en zona rural se observa el índice más alto de consumo de riesgo, con 3.47 %\*, respecto a la zona urbana que es de 1.6 %\*. El índice del consumo de bebidas alcohólicas por encima

de las recomendaciones de bajo riesgo es de 16.97 % en zona rural, y de 13.66 % en zona urbana. Mientras el índice de consumo de bajo riesgo es más alto en zona urbana, con 83.48 %, en relación con la zona rural que es de 77.18 %.

**Tabla 120.** Índice de riesgo en el consumo de bebidas alcohólicas – zona

Zona	Consumo de bajo riesgo		Consumo de alcohol por encima de las recomendaciones de bajo riesgo		Consumo de riesgo		Consumo perjudicial	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	83.48	81.6 - 85.2	13.66	12.09 - 15.41	1.6*	1.19 - 2.15	1.26*	0.82 - 1.93
Rural	77.18	73.6 - 80.4	16.97	14.47 - 19.8	3.47*	1.61 - 7.31	2.38*	1.68 - 3.36

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

### 2.7. Trastorno dual por consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas – riesgo o indicio

El término “trastorno dual” se refiere a la presencia simultánea en un individuo de un trastorno por consumo de sustancias y un trastorno mental. En otras palabras, se trata de la coexistencia de problemas relacionados con el abuso de sustancias y trastornos psiquiátricos. Este concepto reconoce la interconexión entre la salud mental y el abuso de sustancias psicoactivas, ya que ambos pueden influirse mutuamente y complicar el diagnóstico y tratamiento. Cuando una persona experimenta tanto un trastorno por consumo de sustancias como un trastorno mental, se considera que tiene trastorno dual. Los trastornos mentales comunes que pueden coexistir con el abuso de sustancias incluyen la depresión, la ansiedad, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y otros.

Para el estudio, se indagó entre las personas que tienen un trastorno de salud mental o del comportamiento diagnosticado, alguna vez en la vida o en los últimos 12 meses, si tienen

un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas o de otras sustancias psicoactivas, o si cuentan con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas. A continuación, presentamos los resultados de riesgo o indicio de trastorno dual. Todos los datos de este acápite son indicativos, ya que el intervalo de confianza, en su mayoría, supera el 15 %. La información será presentada bajo los indicadores: global, desagregación por sexo y por localidad.

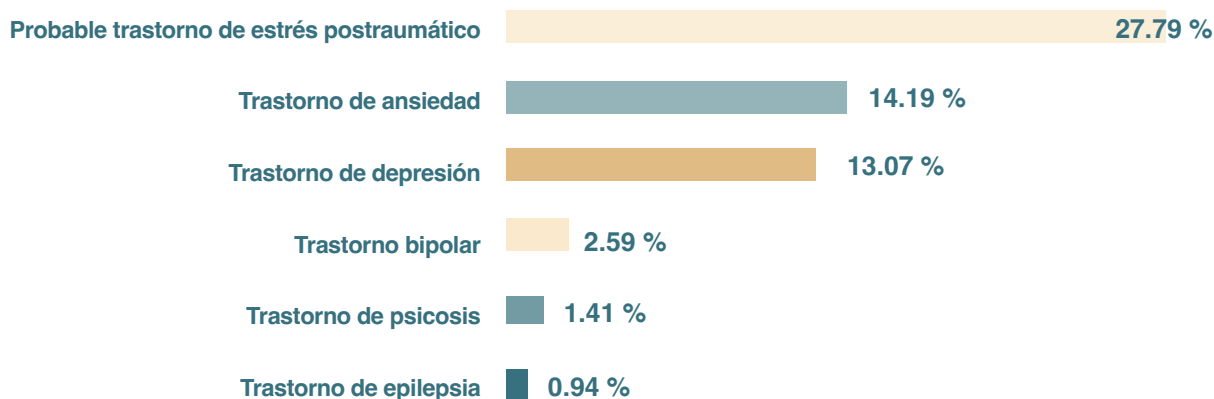
#### | Trastorno dual - consumo de alcohol

En general, el 8.69 % de las personas que tienen algún diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento tienen consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas. De estos, el 27.79 % tienen un probable trastorno de estrés postraumático; el 14.95 % están diagnosticados con ansiedad; el 13.07 % están diagnosticados con depresión; el 2.59 % tienen un trastorno bipolar; el 0.84 % tienen un trastorno de demencia; el 0.94 % tienen un trastorno de epilepsia; y el 1.41 % tienen un diagnóstico de psicosis.

**Tabla 121.** Personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol y otros trastornos diagnosticados

Personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol	%	IC
Probable trastorno de estrés postraumático	27.79	23.36 - 32.71*
Trastorno de ansiedad	14.19	10.74 - 18.53
Trastorno de depresión	13.07	9.98 - 16.93
Trastorno bipolar	2.59	1.36 - 4.88
Trastorno de demencia	0.84	0.33 - 2.13
Trastorno de epilepsia	0.94	0.41 - 2.16
Trastorno de psicosis	1.41	0.73 - 2.7

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 52.** Personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol y otros trastornos diagnosticados

**Sexo:** tienen algún diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento y tienen un consumo riesgoso o perjudicial de bebidas alcohólicas: el 6.45 % de los hombres; el 15.40 % de las mujeres, y el 56.72 % de las personas intersexuales.

De acuerdo con la información disponible sobre los hombres que padecen algún trastorno de salud mental o del comportamiento y que muestran consumo perjudicial o de riesgo de bebidas alcohólicas: el 21.12 % tienen un probable trastorno de estrés postraumático; el 9.67 % están diagnosticados con ansiedad; el 9.11 % están diagnosticados con depresión; el 2.19 % tienen un trastorno bipolar; el 0.63

% tienen un trastorno de demencia; el 0.96 % tienen un trastorno de epilepsia; y el 1.50 % tienen un diagnóstico de psicosis.

Respecto a la información sobre algún trastorno en mujeres que, a su vez, presentan consumo perjudicial o de riesgo de bebidas alcohólicas: el 47.86 % tienen un probable trastorno de estrés postraumático; el 28.20 % están diagnosticadas con ansiedad; el 24.89 % están diagnosticadas con depresión; el 3.84 % tienen un trastorno bipolar; el 1.02 % tienen un trastorno de demencia; el 0.89 % tienen un trastorno de epilepsia; y el 1.16 % tienen un diagnóstico de psicosis.



Frente a la presencia de personas intersexuales con algún trastorno de salud mental y del comportamiento, que expresan tener consumo perjudicial o de riesgo de bebidas alcohólicas: el 94.74 % tienen un probable trastorno de estrés

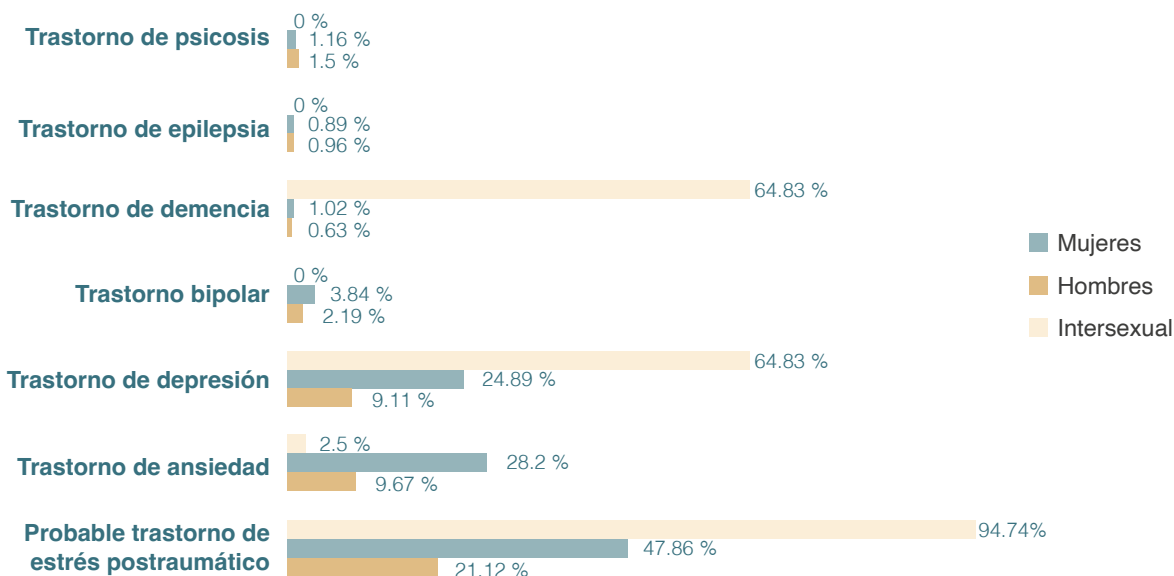
postraumático; el 2.50 % están diagnosticadas con ansiedad; el 64.83 % están diagnosticadas con depresión; y el 64.83 % tienen un trastorno de demencia.

**Tabla 122.** Personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol y otros trastornos diagnosticados, según sexo

Personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol según sexo	Hombres		Mujeres		Intersexuales	
	%	IC	%	IC	%	IC
Probable trastorno de estrés postraumático	21.12	16.55 - 26.56*	47.86	37.1 - 58.82*	94.74	71.06 - 99.25*
Trastorno de ansiedad	9.67	7.05 - 13.14	28.2	18.5 - 40.46*	2.5	0.3 - 18.15*
Trastorno de depresión	9.11	6.51 - 12.61	24.89	16.48 - 35.75*	64.83	15.87 - 94.74*
Trastorno bipolar	2.19	1.12 - 4.25	3.84	1.03 - 13.32	0	-
Trastorno de demencia	0.63	0.16 - 2.5	1.02	0.22 - 4.56	64.83	15.87 - 94.74*
Trastorno de epilepsia	0.96	0.38 - 2.43	0.89	0.14 - 5.5	0	-
Trastorno de psicosis	1.5	0.73 - 3.04	1.16	0.24 - 5.39	0	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 53.** Personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol y otros trastornos diagnosticados, según sexo



**Localidades:** las localidades que presentan mayor número de personas con consumo de riesgo o problemático de alcohol y que, a su vez, tienen un probable trastorno de estrés postraumático son: Teusaquillo, con

un 53.76 %; Chapinero, con un 38.58 %; y Sumapaz, con un 16.11 %.

Así mismo, las localidades con el mismo fenómeno y que padecen un trastorno de



ansiedad son: Teusaquillo (32.33 %); Puente Aranda (26.22 %); y Usme (6.95 %).

Se encuentra el mayor número de personas con consumo de riesgo o problemático de alcohol y trastorno de depresión en las localidades de: Teusaquillo (19.97 %); Ciudad Bolívar (18.86 %); y Usme (6.72 %)

Las localidades con mayor número de personas que presentan consumo de riesgo o problemático de bebidas alcohólicas y trastorno bipolar son: Ciudad Bolívar (13.31 %); Sumapaz (10.92 %) y Santa Fe (0.67 %).

También, se presenta el fenómeno con trastorno de demencia en las localidades: Ciudad Bolívar (3.96 %); Barrios Unidos (3.23 %), y La Candelaria (0.34 %).

En las localidades de Engativá (3.71 %); Teusaquillo (3.2 %); y Fontibón (0.16 %), habitan personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol y trastorno de epilepsia.

Por último, las localidades con el mismo fenómeno y que padecen un trastorno de psicosis son: Teusaquillo (5.93 %); Los Mártires (4.92 %) y Chapinero (0.29 %).

**Tabla 123.** Personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol y otros trastornos diagnosticados, según localidad.

Personas con consumo perjudicial o de riesgo de alcohol según localidad	Localidad - Top 1			Localidad - Top 2			Localidad - Top 3		
		%	IC		%	IC		%	IC
Probable trastorno de estrés postraumático	Teusaquillo	53.75	38.58 - 68.26*	Chapinero	38.58	18.19 - 63.97*	Sumapaz	16.11	7.11 - 32.52*
Trastorno de ansiedad	Teusaquillo	32.33	18.49 - 50.17*	Puente Aranda	26.22	14.52 - 42.64*	Usme	6.95	2.43 - 18.32
Trastorno de depresión	Teusaquillo	19.97	10.59 - 34.45*	Ciudad Bolívar	18.88	9.33 - 34.47*	Usme	6.72	2.35 - 17.72
Trastorno bipolar	Ciudad Bolívar	13.31	5.52 - 28.75*	Sumapaz	10.92	4.8 - 22.98*	Santa Fe	0.67	0.26 - 1.74
Trastorno de demencia	Ciudad Bolívar	3.98	0.64 - 21.01*	Barrios Unidos	3.23	0.5 - 18.14	La Candelaria	0.34	0.27 - 0.43
Trastorno de epilepsia	Engativá	3.71	0.53 - 21.75*	Teusaquillo	3.2	0.7 - 13.44	Fontibón	0.16	0.03 - 1
Trastorno de psicosis	Teusaquillo	5.93	1.23 - 24.22*	Los Mártires	4.92	1.45 - 15.36	Chapinero	0.29	0.05 - 1.7

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

### Trastorno dual - consumo de sustancias psicoactivas

En general, el 37.03 % de las personas que tienen algún diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento tienen diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. De estos, el 78.33 % tienen un

probable trastorno de estrés postraumático; el 50.74 % están diagnosticados con ansiedad; el 40.58 % están diagnosticados con depresión; el 34.32 % tienen un trastorno bipolar; el 12.96 % tienen un trastorno de demencia; el 14.12 % tienen un trastorno de epilepsia, y el 28.18 % tienen un diagnóstico de psicosis.

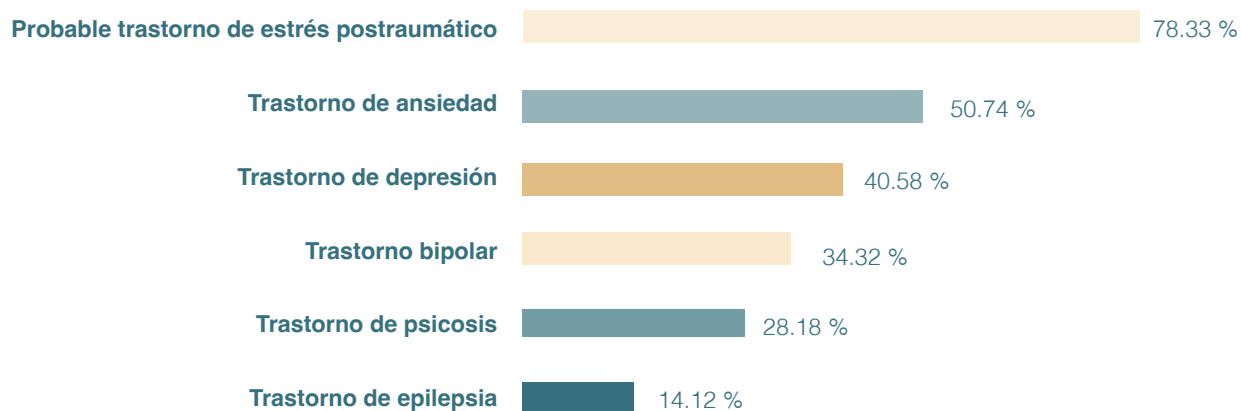


**Tabla 124.** Personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos diagnosticados

Personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos diagnosticados	%	IC
Probable trastorno de estrés postraumático	78.33	62.58 - 88.66*
Trastorno de ansiedad	50.74	27.52 - 73.64*
Trastorno de depresión	40.58	21.45 - 63.06*
Trastorno bipolar	34.32	17.22 - 56.76*
Trastorno de demencia	12.96	3.88 - 35.48*
Trastorno de epilepsia	14.12	4.55 - 36.2*
Trastorno de psicosis	28.18	13.06 - 50.62*

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 54.** Personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos diagnosticados



**Sexo:** tienen un diagnóstico de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y padecen algún trastorno de salud mental o del comportamiento: el 36.34 % de los hombres, y el 28.17 % de las mujeres; los datos para población intersexual no son estadísticamente representativos.

De acuerdo con la información disponible para los hombres que tienen un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y algún trastorno de salud mental o del comportamiento: el 81.24 % tienen un probable trastorno de estrés postraumático; el 47.51 % están diagnosticados con ansiedad; el 37.15 % están diagnosticados con depresión; el 32.65 % tienen un trastorno bipolar; el 13.96 % tienen

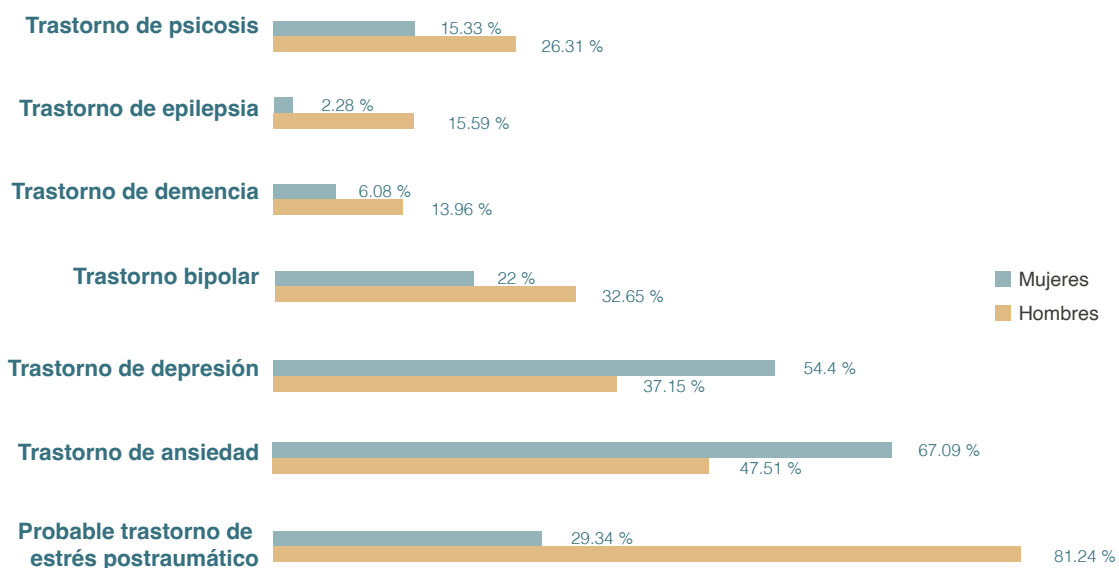
un trastorno de demencia; el 15.59 % tienen un trastorno de epilepsia; y el 26.31 % tienen un diagnóstico de psicosis.

Respecto a las mujeres que tienen un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas y algún trastorno de salud mental o del comportamiento, la información recolectada muestra que: el 29.34 % tienen un probable trastorno de estrés postraumático; el 67.09 % están diagnosticadas con ansiedad; el 54.40 % están diagnosticadas con depresión; el 22 % tienen un trastorno bipolar; el 6.80 % tienen un trastorno de demencia; el 2.28 % tienen un trastorno de epilepsia; y el 15.36 % tienen un diagnóstico de psicosis.

**Tabla 125.** Personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos diagnosticados, según sexo

Personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos diagnosticados, según sexo	Hombres		Mujeres	
	%	IC	%	IC
Probable trastorno de estrés postraumático	81.24	64.78 - 91.06*	29.34	11.99 - 55.85*
Trastorno de ansiedad	47.51	23.86 - 72.34*	67.09	39.25 - 86.54*
Trastorno de depresión	37.15	17.95 - 61.49*	54.4	24.77 - 81.21*
Trastorno bipolar	32.65	15.02 - 57.08*	22	7.89 - 48.18*
Trastorno de demencia	13.96	3.96 - 38.97*	6.8	1.06 - 33.17*
Trastorno de epilepsia	15.59	4.89 - 39.92*	2.28	0.33 - 14.22*
Trastorno de psicosis	26.31	10.98 - 50.82*	15.33	4.92 - 38.8*

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 55.** Personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos diagnosticados, según sexo

**Localidades:** las localidades que presentan mayor número de personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y que, a su vez, tienen un probable trastorno de estrés postraumático son: Ciudad Bolívar, con un 99.82 %; Rafael Uribe Uribe, con un 93.74 %; y Santa Fe, con un 16.28 %.

Así mismo, las localidades con el mismo fenómeno y que padecen un trastorno de ansiedad son: Ciudad Bolívar (99.82 %); Fontibón (95.04 %); y Santa Fe (15.87 %).

Se encuentra el mayor número de personas con diagnóstico de trastorno de uso de sustancias psicoactivas y trastorno de depresión en las localidades de: Ciudad Bolívar (99.82 %); Los Mártires (84.79 %); y Rafael Uribe Uribe (8.49 %).

Las localidades con mayor número de personas que presentan diagnóstico por trastorno de uso de sustancias psicoactivas y trastorno bipolar son: Sumapaz (100 %); Ciudad Bolívar (85.06 %); y Tunjuelito (8.62 %).





También se presenta el fenómeno con trastorno de demencia en: la localidad de Usme (81.31 %); Los Mártires (79.67 %), y Santa Fe (3.27 %).

Se presenta el mayor número de personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y trastorno de epilepsia en las

localidades de: Usme (81.31 %); Kennedy (63.75 %), y La Candelaria (8.15 %).

Por último, las localidades con trastorno dual, incluyendo un trastorno de psicosis son: Usaquén (97.55 %); Los Mártires (79.67 %); y La Candelaria (6.26 %).

**Tabla 126.** Personas con consumo perjudicial o de riesgo de sustancias psicoactivas y otros trastornos diagnosticados según localidad.

Personas con diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas y otros trastornos diagnosticados según localidad	Localidad - Top 1			Localidad - Top 2			Localidad - Top 3		
	Localidad	%	IC	Localidad	%	IC	Localidad	%	IC
Probable trastorno de estrés postraumático	Ciudad Bolívar	99.82	99.14 - 99.96*	Rafael Uribe Uribe	93.74	72.18 - 98.86*	Santa Fe	16.28	3.9 - 48.22*
Trastorno de ansiedad	Ciudad Bolívar	99.82	99.14 - 99.96*	Fontibón	95.04	67.28 - 99.44*	Santa Fe	15.87	3.72 - 47.94*
Trastorno de depresión	Ciudad Bolívar	99.82	99.14 - 99.96*	Los Mártires	84.79	40.63 - 97.85*	Rafael Uribe Uribe	8.49	0.94 - 47.69*
Trastorno bipolar	Sumapaz	100	100 - 100*	Ciudad Bolívar	85.06	47.82 - 97.25*	Tunjuelito	8.62	1.06 - 45.29*
Trastorno de demencia	Usme	81.31	22.42 - 98.5*	Los Mártires	79.67	33.31 - 96.85*	Santa Fe	3.27	0.82 - 12.18
Trastorno de epilepsia	Usme	81.31	22.42 - 98.5*	Kennedy	63.75	11.75 - 95.87*	La Candelaria	8.15	4.46 - 14.43
Trastorno de psicosis	Usaquén	97.55	73.76 - 99.82*	Los Mártires	79.67	33.31 - 96.85*	La Candelaria	6.26	3.42 - 11.16

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

## 2.8. Comportamientos suicidas

Para conocer el riesgo o indicio de comportamientos suicidas, se aplicó el Cuestionario de Comportamiento Suicida Revisado (SBQ-R, por sus siglas en inglés), un instrumento que consta de preguntas sobre pensamientos y comportamientos suicidas en el pasado y a futuro. El SBQ-R es un cuestionario tipo Likert, y consiste en preguntas acerca de la frecuencia de presentación de la ideación suicida, la comunicación de pensamientos suicidas a otros, las actitudes y las expectativas sobre el intento suicida actual.

Este instrumento tiene una adecuada consistencia interna, confiabilidad prueba-reprueba, y validez concurrente (49). El SBQ-R fue aplicado a adolescentes y personas mayores (18 y más años).

El 19,02 % de las personas presentan ideas suicidas, distribuida de la siguiente manera:



**Tabla 127. Ideas suicidas – población total**

Ideas suicidas		
	%	IC
Fue un pensamiento leve	12.01	10.72 - 13.44
Tuve un plan para matarme, pero no lo intenté	2.18	1.73 - 2.74
Tuve un plan para matarme, pero realmente no quería morir	0.76	0.53 - 1.09
Intenté suicidarme, pero no quería morir	1.51	1.14 - 2
Intenté suicidarme, y realmente quería morir	2.56	1.8 - 3.62
<b>Total</b>	<b>19.02</b>	

De las personas que presentan ideas suicidas el 56.49 % ha pensado en suicidarse en el último año, 12.56 % lo ha pensado a menudo o muy a menudo.

**Tabla 128. Frecuencia idea suicida - población total**

Frecuencia		
	%	IC
Raramente (1 vez)	26.92	23.21 - 30.97
Algunas veces (2 veces)	17.01	12.95 - 22.03
A menudo (3 o 4 veces)	6.83	5.11 - 9.06
Muy a menudo (5 veces o más)	5.73	3.52 - 9.19
<b>Total año</b>	<b>56.49%</b>	

El 37.36 % de las personas con ideas suicidas han amenazado con suicidarse.

**Tabla 129. Amenaza suicida - población total**

Amenaza		
	%	IC
Sí, una vez, pero realmente no quería morir	18.64	15.87 - 21.75
Sí, una vez, y realmente quería morir	5.58	4.18 - 7.41
Sí, más de una vez, pero no quería hacerlo	6	4.36 - 8.22
Sí, más de una vez, y realmente quería hacerlo	7.14	4.88 - 10.34
<b>Total</b>	<b>37.36</b>	

El 5.65 % de las personas con ideas suicidas manifiestan que es bastante o muy probable que intente suicidarse algún día.

**Tabla 130. Probabilidad de suicidio - población total**

Probabilidad		
	%	IC
Ninguna posibilidad en absoluto	13.54	10.66 - 17.06
Más bien improbable	7.77	5.71 - 10.5
Improbable	17.39	14.62 - 20.55



Probable	12.67	9.8 - 16.22
Bastante probable	3.71	1.36 - 9.76
Muy probable	1.94	1.29 - 2.9
Bastante y muy probable	5.65	2.90 - 10.70

Los motivos que con más frecuencia llevan a las personas con ideas suicidas a pensar o intentar quitarse la vida son: sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (27.87 %); y conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (27.11 %). A continuación, se desglosan los diferentes motivos:

**Tabla 131. Motivos para suicidarse – población total**

Motivos para suicidarse		
	%	IC
Sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/sola	27.87	23.57 - 32.63
Conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a	27.11	23.52 - 31.03
Sentir que la vida no tiene sentido o no vale la pena	18.75	14.65 - 23.67
Dificultades financieras	16.18	13.43 - 19.37
Rupturas amorosas	10.96	8.8 - 13.57
Estar afligido o en duelo por la muerte de un familiar, compañero/a o amigo/a	8.09	6.53 - 10
Ser víctima de bullying o matoneo	3.89	2.66 - 5.66
Antecedentes de condiciones psicológicas o psiquiátricas	3.85	2.63 - 5.61
Haber sido víctima de violencias en la infancia o en algún momento de la vida (abuso sexual)	3.76	2.59 - 5.42
Problemas o condiciones de limitación física	3.69	2.63 - 5.15
Antecedentes familiares de trastornos mentales, abuso de sustancias o violencia	2.35	1.51 - 3.64
Problemas legales	1.21	0.77 - 1.91
Antecedente de problemas de consumo de sustancias.	1.08	0.63 - 1.85
Discriminación por la orientación sexual o la identidad de género	0.65	0.32 - 1.31

**Sexo:** el 17.22 % de los hombres, el 20.6 % de las mujeres y el 28.72 % de las personas intersexuales presentan ideas suicidas. Han tenido ideas suicidas y han pensado en suicidarse al menos una vez en el último año: el 55.23 % de los hombres, el 57.51 % de las mujeres y el 45.47 % de las personas intersexuales. Han amenazado con suicidarse: el 35.41 % de los hombres, el 38.62 % de las mujeres y el 70.95 % de las personas intersexuales. El 9.41 % de los hombres con ideas suicidas piensan que es bastante o muy probable que intenten suicidarse alguna vez en la vida, del mismo modo piensan el 2.83 % de las mujeres.

Los dos principales motivos por los que los hombres han pensado en suicidarse son: sentirse desesperanzado, inútil, agitado, aislado de la sociedad o solo (28.11 %) y sentir que la vida no tiene sentido o no vale la pena (22.5 %). Mientras que para las mujeres los principales motivos para suicidarse son: los conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (31.93 %) y sentirse desesperanzada, inútil, agitada, aislada de la sociedad o sola (27.55 %). En el caso de las personas intersexuales, los principales motivos son: sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (49.37 %) y conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (27.53 %).



**Curso de vida:** presentan ideas suicidas el 28.87 % de los adolescentes; el 27.08 % de los jóvenes; el 17.22 % de los adultos, y el 9.75 % de las personas mayores. Han pensado en suicidarse al menos una vez en el último año: el 81.19 % de los adolescentes; el 70.01 % de los jóvenes; el 46.34 % de los adultos, y el 27.89 % de las personas mayores. Han amenazado con suicidarse: el 28.25 % de los adolescentes; el 51.38 % de los jóvenes; el 31.71 % de los adultos, y el 32.18 % de las personas mayores. Y piensan que es bastante o muy probable que intenten suicidarse algún día: el 16.57 % de los adolescentes; el 4.08 % de los jóvenes; el 4.3 % de los adultos, y el 2.26 % de las personas mayores.

Los motivos más frecuentes en los adolescentes para querer suicidarse son: sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (43.7 %) y sentir que la vida no tiene sentido o no vale la pena (27.97 %); para los jóvenes lo son: sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (32.12 %) y conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (23.45 %); en los adultos los motivos más frecuentes son: conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (28.3 %) y dificultades financieras (21.3 %); y los principales motivos de las personas mayores para querer suicidarse son: conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (33.28 %) y sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (25.58 %).

**Estrato socioeconómico:** alguna vez han pensado o intentado quitarse la vida el 15.74 % de las personas en estrato 1; el 18.73 % de las personas en estrato 2; el 20.58 % de las personas en estrato 3; el 19.44 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 6.56 % de las personas que NS/NR, y el 3.84 % de las personas en zona rural. Han pensado en suicidarse al menos una vez durante el último

año: el 68.81 % de las personas en estrato 1; el 59.32 % de las personas en estrato 2; el 51.77 % de las personas en estrato 3; el 40.62 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 50% de las personas que NS/NR, y el 35.01 % de las personas en zona rural. Han amenazado con suicidarse el 28.33 % de las personas en estrato 1; el 36.29 % de las personas en estrato 2; el 43.13 % de las personas en estrato 3; el 26.8 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 100% de las personas que NS/NR, y el 31.41 % de las personas en zona rural. De las personas con ideas suicidas, manifiestan que es bastante o muy probable que alguna vez en la vida intente suicidarse: el 7.88 % de personas en estrato 1; el 7.81 % de personas en estrato 2; el 2.59 % de personas en estrato 3, y el 2.05 % de las personas en estratos 4, 5 y 6.

Los motivos más frecuentes para querer suicidarse de las personas en estrato 1 son: sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (31.77 %) y conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (25.36 %). En estrato 2 son estos mismos: sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (30.78 %) y conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (25.15 %). En estrato 3 son: conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (30.2 %) y sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (23.17 %). En estrato 4, 5 y 6 los motivos más frecuentes son: sentir que la vida no tiene sentido o no vale la pena (29.33 %) y conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (28.07 %). En las personas que NS/NR, el único motivo que aparece es ser víctima de bullying o matoneo; y para las personas en zona rural los principales motivos para querer suicidarse son: sentir que la vida no tiene sentido o no vale la pena (35.01 %) y conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (32.41 %).



**Pertenencia étnica:** han tenido alguna vez ha pensado o intentado quitarse la vida: el 17.08 % de los indígenas; el 36.5 % de los gitanos; el 19.76 % de los raizales; el 17.95 % de los afrodescendientes, y el 19.23 % de las personas sin pertenencia étnica. El 39.61 % de los indígenas con ideas suicidas han pensado al menos una vez con suicidarse durante el último año; de igual manera el 48.68 % de los gitanos; el 88.19 % de los raizales; el 49.39 % de los afrodescendientes, y el 58.23 % de las personas sin pertenencia étnica. Tienen ideas suicidas y han amenazado con suicidarse: el 34.08 % de los indígenas; el 64.99 % de los gitanos; el 35.83 % de las personas afrodescendientes, y el 37.69 % de las personas sin pertenencia étnica. Sobre la probabilidad de suicidarse algún día, afirman que es bastante o muy probable: el 9.13 % de los indígenas; el 0.34 % de los gitanos; el 2.58 % de los afrodescendientes, y el 5.71 % de las personas sin pertenencia étnica.

Los dos motivos por los cuales han pensado en quitarse la vida son para los indígenas: sentir que la vida no tiene sentido o no vale la pena (27.87 %) y sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (27.11 %). Para los gitanos son las rupturas amorosas (37.8 %) y los conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (14.92 %). Para los raizales sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (88.19 %) y dificultades financieras (8.43 %). Para los afrodescendientes: conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (31.88 %) y dificultades financieras (23.19 %); y para las personas que no tienen pertenencia étnica: sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a (29.1 %) y conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a (27.22 %).

**Localidades:** se observan las tasas más altas de personas con ideas suicidas en las

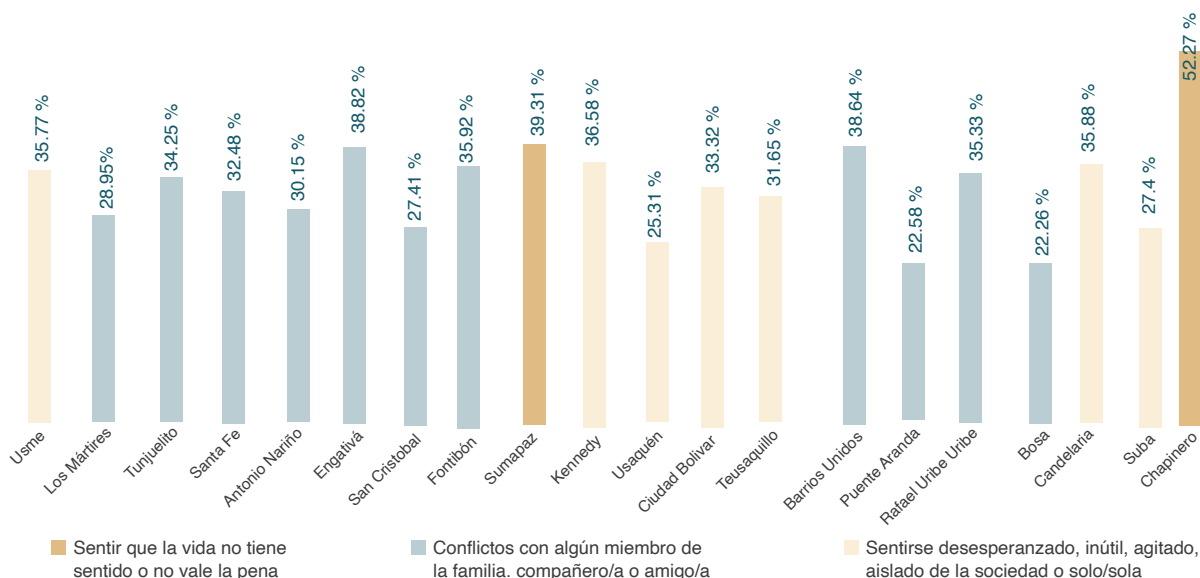
localidades de Antonio Nariño (30.48 %) y Barrios Unidos (28.54 %); y las más bajas en las localidades de Usaquén (14.47 %) y Usme (7.01 %). Los porcentajes más altos de las personas que pensaron suicidarse el año pasado están en las localidades de Rafael Uribe Uribe (71.99 %) y de Ciudad Bolívar (70.78 %); y los más bajos están en las localidades de Sumapaz (42.15 %) y Chapinero (29.52 %).

Los porcentajes más altos de las personas con ideas suicidas que han amenazado con hacerlo están en las localidades de Teusaquillo (55.36 %) y Sumapaz (53.03 %) y las más bajas están en las localidades de Sumapaz (20.63 %) y Chapinero (19.29 %). Los porcentajes más altos de personas que manifiestan que es bastante probable o muy probable que algún día intente suicidarse están en las localidades de Rafael Uribe Uribe (14.55 %) y Ciudad Bolívar (10.79 %), mientras los más bajos están en las localidades de Puente Aranda (0.77 %) y Sumapaz (0.55 %); en la localidad de Chapinero no se registran datos.

Sobre los motivos que han llevado a las personas a pensar o intentar suicidarse, se observa que los “conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a” es el que aparece con más frecuencia, con la mayor tasa en 11 localidades: Los Mártires (28.95 %); Tunjuelito (34.25 %); Santa Fe (32.48 %); Antonio Nariño (30.15 %); Engativá (38.82 %); San Cristóbal (27.41 %); Fontibón (35.92 %); Barrios Unidos (38.64 %); Puente Aranda (22.58 %); Rafael Uribe Uribe (35.33 %), y Bosa (22.26 %). Mientras “sentirse desesperanzado/a, inútil, agitado/a, aislado/a de la sociedad o solo/a” es el más frecuente en 7 localidades: Usme (35.77 %); Kennedy (36.58 %); Usaquén (25.31 %); Ciudad Bolívar (33.32 %); Teusaquillo (31.65 %); La Candelaria (35.88 %), y Suba (27.4 %). Y por último, “sentir que la vida no tiene sentido o no vale la pena” es el más frecuente en las localidades de Sumapaz (39.19 %) y Chapinero (52.27 %\*).



**Gráfica 56.** Principal motivo para pensar o intentar suicidarse en cada localidad



### 3. Diagnóstico de trastorno mental o del comportamiento:

Los datos presentes en este análisis de información corresponde a diagnósticos de trastorno mental o del comportamiento reportado por las personas encuestadas, y que corresponde al análisis de afecciones mentales realizados por profesionales en psiquiatría, psicología, asistencia social clínica u otro profesional de la salud mental.

Por las condiciones propias de la encuesta utilizada para la elaboración del estudio, que implica anonimizar la información brindada por los participantes y la absoluta reserva respecto a la información de acuerdo con la normatividad vigente en Colombia, no se ha realizado constatación sobre si el diagnóstico está reportado en las historias clínicas de las

personas que aseguraron haber recibido alguna vez en la vida, o en los últimos doce meses, un diagnóstico de determinado trastorno de su salud mental o del comportamiento.

#### 3.1. Diagnóstico de depresión

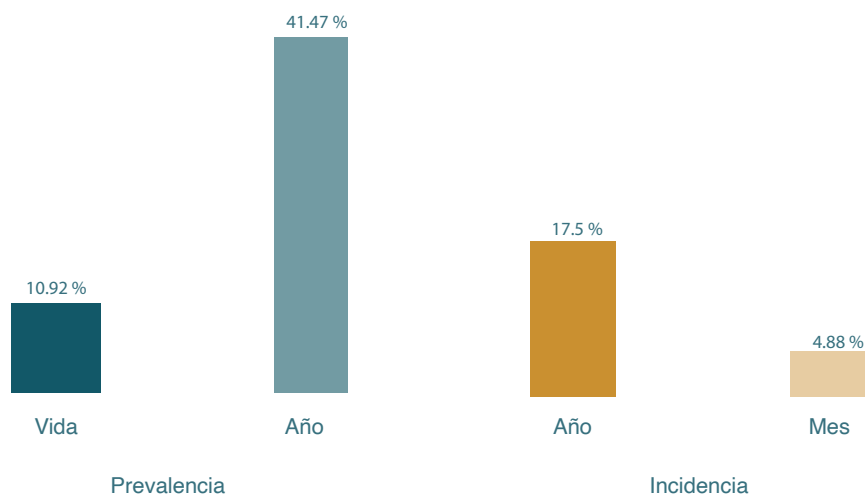
El 10.92 % de la población ha sido diagnosticada alguna vez en su vida con depresión; el 80.03 % no ha sido diagnosticada; el 41.47 % recibió el diagnóstico durante los últimos 12 meses. El 4.88 % de las personas fueron diagnosticadas por primera vez en el último mes, (incidencia mes) 12.62 %, y el 17.5 % en el último año (incidencia año).

**Tabla 132.** Indicadores de diagnóstico de depresión – total población

Prevalencia				Incidencia			
Vida		Año		Año		Mes	
%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
10.92	9.83 - 12.11	41.47	35.81 - 47.37	17.5	12.67 - 23.66	4.88	1.95 - 11.69



**Gráfica 57.** Indicadores de diagnóstico de depresión – total población



**Sexo:** han sido diagnosticados alguna vez en su vida con depresión: el 8.76 % de los hombres, el 12.82 % de las mujeres y el 22.92 % de las personas intersexuales. De las personas que han sido diagnosticadas, recibieron su diagnóstico en el último año: el 43.72 % de los hombres, el 40.1 % de las mujeres y el 37.58 % de las personas intersexuales.

Fueron diagnosticados por primera vez con depresión en los últimos 30 días (incidencia mes) el 7.17 % de los hombres, el 3.49 % de las mujeres y el 0.21 % de las personas intersexuales. Y durante el último año (incidencia año) el 22.29 % de los hombres, el 14.48 % de las mujeres y el 21.21 % de las personas intersexuales.

**Tabla 133.** Indicadores de diagnóstico de depresión – sexo

Sexo	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hombre	8.76	7.05 - 10.84	43.72	32.57 - 55.54	22.29	12.07 - 37.47	7.17	1.46 - 28.68
Mujer	12.82	11.41 - 14.38	40.1	34.5 - 45.98	14.48	11.63 - 17.87	3.49	2.23 - 5.42
Intersexual	22.9*1	5.12 - 62.08	37.58*	7.91 - 80.84	21.21	3.14 - 69.06	0.21	0.04 - 1.24

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Curso de vida:** han sido diagnosticados alguna vez en su vida con depresión: el 2.31 % de los jóvenes, el 10.79 % de los adultos y el 9.59 % de los adultos mayores; y recibieron el diagnóstico en el último año: el 43.44 % de los jóvenes, el 40.81 % de los adultos y el 40.54 % de las personas mayores.

Fueron diagnosticados por primera vez con depresión en los últimos 30 días (incidencia mes): el 11.09 % de los jóvenes, el 2.62 % de los adultos y el 2.62 % de los adultos mayores; mientras que fueron diagnosticados el último año (incidencia año): el 24.24 % de los jóvenes, el 14.9 % de los adultos y el 15.49 % de las personas mayores.

**Tabla 134.** Indicadores de diagnóstico de depresión – curso de vida

Sexo	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Juventud	12.31	9.66 - 15.57	43.44	30.82 - 56.98	24.24	12.78 - 41.14	11.09	2.61 - 36.71
Adultez	10.79	9.37 - 12.4	40.81	33.71 - 48.33	14.9	9.63 - 22.33	2.61	1.48 - 4.57
Vejez	9.59	7.92 - 11.57	40.54	31.83 - 49.9	15.49	6.56 - 22.17	2.62	1.3 - 5.2

**Estrato socioeconómico:** por estratos socioeconómicos se encuentra que han sido diagnosticadas con depresión alguna vez en su vida: el 8.64 % de las personas en estrato 1; el 10.27 % de las personas en estrato 2; el 12.06 % de las personas en estrato 3; el 14.32 %, de las personas en estratos 4, 5 y 6; y el 4.1 % de las personas en zona rural.

De las personas diagnosticadas con depresión recibieron este diagnóstico durante los últimos 12 meses: el 49.77 % de las personas en estrato 1; el 47.6 % de las personas en estrato 2; el 34.13 % de las personas en estrato 3; el

29.75 % de las personas en estratos 4, 5 y 6, y el 12.4 % de las personas en zona rural.

Y fueron diagnosticadas con depresión por primera vez en los últimos 30 días: el 1.62 % de las personas en estrato 1; el 8.35 % de las personas en estrato 2; el 2.02% de las personas en estrato 3 y el 1.09 % de las personas en estratos 4, 5 y 6. Fueron diagnosticadas por primera vez en el último año: el 21.37 % de las personas en estrato 1; el 23% de las personas en estrato 2; el 11.86 % de las personas en estrato 3, y el 6.56 % de las personas en estratos 4, 5 y 6.

**Tabla 135.** Indicadores de diagnóstico de depresión – estrato socioeconómico.

Estrato	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	8.64	6.58 - 11.27	49.77	36.69 - 62.88	21.37	12.51 - 34.07	1.62	0.56 - 4.58
2	10.27	8.71 - 12.07	47.6	38.32 - 57.04	23	14.28 - 34.86	8.35	2.72 - 22.89
3	12.06	10.15 - 14.27	34.13	27 - 42.05	11.86	8.1 - 17.05	2.02	1.13 - 3.59
4,5 y 6	14.32	10.15 - 19.82	29.75	15.23 - 49.94	6.56	3.08 - 13.38	1.09	0.21 - 5.32
Rural	4.1	2.67 - 6.26	12.4	4.41 - 30.27	0	0	0	0

**Pertenencia étnica:** han sido diagnosticados con depresión alguna vez en su vida, el 13.01 % de los indígenas; el 34.52 % de los gitanos; el 8.53 % de los raizales; el 16.79 % de los palenqueros; el 7.35 % de los afrodescendientes, y el 11.07 % de las personas sin pertenencia étnica.

De las personas que han tenido diagnóstico de depresión, lo recibieron en los últimos 12 meses: el 41.5 % de los indígenas; el 75.15 % de los gitanos; el 48.81 % de los afrodescendientes, y

el 41.05 % de las personas sin pertenencia étnica.

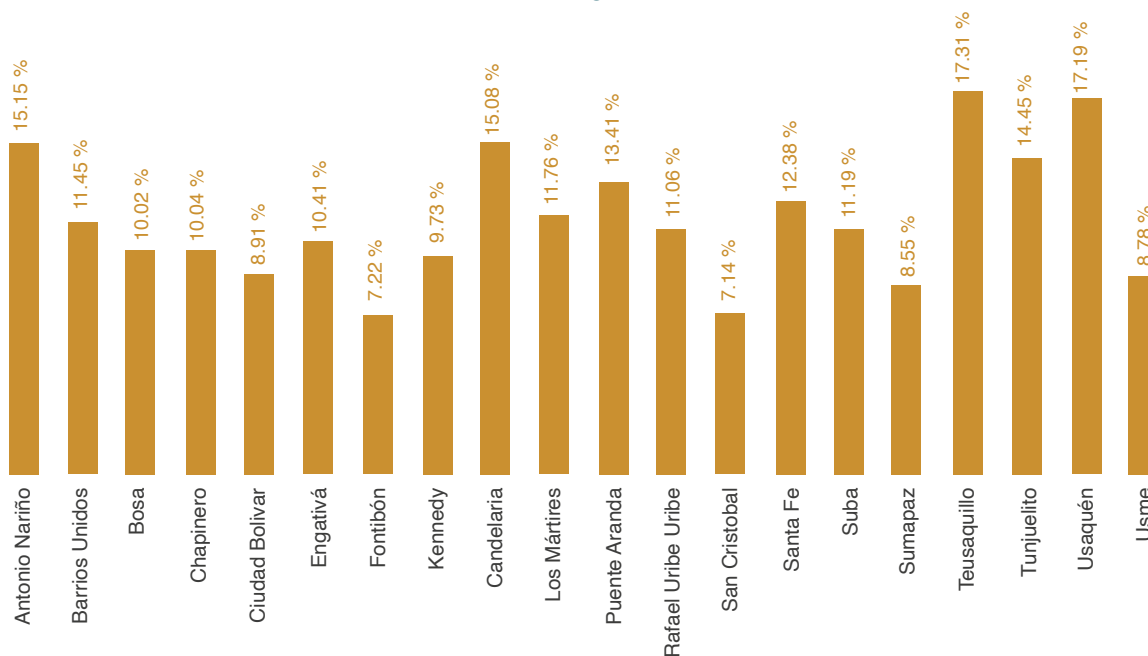
Recibieron diagnóstico de depresión por primera vez durante los últimos 30 días (incidencia mes): el 2.61 % de los afrodescendientes y el 5.41 % de las personas sin pertenencia étnica; en tanto que recibieron diagnóstico por primera vez el último año (incidencia año): el 4.09 % de los indígenas, el 19,68 % de los afrodescendientes y el 18,52 % de las personas sin pertenencia étnica.



**Tabla 136.** Indicadores de diagnóstico de depresión – pertenencia étnica

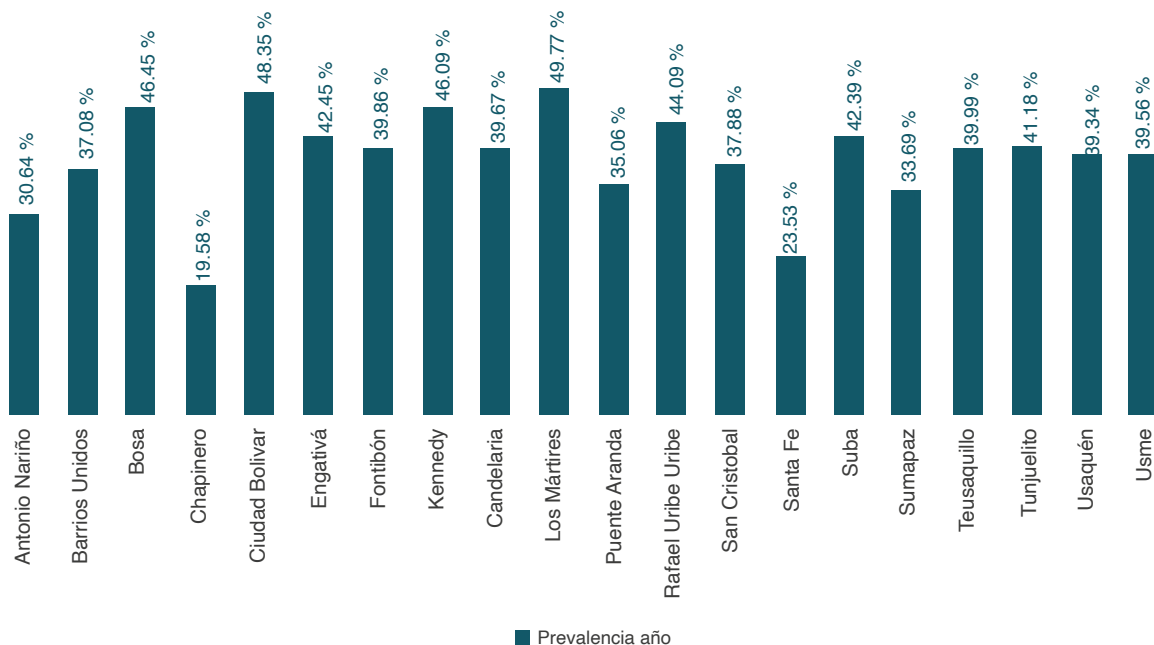
Grupo étnico	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	13.01	7.92 - 20.65	41.5	20.19 - 66.55	4.09	1.54 - 10.44	0.08	0.01 - 0.5
Gitano	34.52	11.4 - 68.37	75.15	20.43 - 97.27	-	-	-	-
Raizal	8.53	1.22 - 41.3	-	-	-	-	-	-
Palenquero	16.79	1.69 - 70.29	-	-	-	-	-	-
Afrodescendiente	7.35	5.26 - 10.19	48.81	34 - 63.83	19.68	10.36 - 34.19	2.62	0.7 - 9.32

**Localidades:** se registran las mayores prevalencias de vida en las localidades de Teusaquillo (17.31 %), Usaquén (17.19 %), y Antonio Nariño (15.15 %). Mientras se registran las más bajas en las localidades de Sumapaz (8.55 %), Fontibón (7.22 %) y San Cristóbal (7.14 %).

**Gráfica 58.** Prevalencia de vida, diagnóstico de depresión - localidades

Las mayores prevalencias año de personas que recibieron el diagnóstico de depresión se observan en las localidades de: Los Mártires (49.77 %), Ciudad Bolívar (48.35 %) y Bosa (46.45 %); mientras las más bajas están en las localidades de Antonio Nariño (30.64 %), Santa Fe (23.53 %) y Chapinero (19.58 %).



**Gráfica 59.** Prevalencia año diagnóstico de depresión en el último año – localidades

**Tabla 137.** Prevalencias del diagnóstico de depresión – localidades

Localidad	Vida		Año	
	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	15.15	11.87 - 19.14	30.64	22.68 - 39.94
Barrios Unidos	11.45	8.06 - 16.01	37.08	21.6 - 55.76
Bosa	10.02	6.82 - 14.48	46.45	30.13 - 63.56
Chapinero	10.14	3.71 - 24.81	19.58*	3.26 - 63.78
Ciudad Bolívar	8.91	6 - 13.03	48.35	34.42 - 62.54
Engativá	10.41	7.57 - 14.17	42.45	27.06 - 59.45
Fontibón	7.22	5.13 - 10.05	39.86	25.02 - 56.83
Kennedy	9.73	7.12 - 13.15	46.09	26.7 - 66.74
La Candelaria	15.08	13.46 - 16.86	39.67	32.07 - 47.79
Los Mártires	11.76	9.06 - 15.13	49.77	35.99 - 63.59
Puente Aranda	13.41	9.79 - 18.1	35.06	20.67 - 52.81
Rafael Uribe Uribe	11.06	8.38 - 14.47	44.09	31.75 - 57.2
San Cristóbal	7.14	4.91 - 10.27	37.88	23.04 - 55.39
Santa Fe	12.38	9.12 - 16.6	23.53	12.79 - 39.21
Suba	11.19	7.63 - 16.13	42.39	24.05 - 63.1
Sumapaz	8.55	6.64 - 10.93	33.69	21.53 - 48.47
Teusaquillo	17.31	13.28 - 22.23	39.99	27.64 - 53.75
Tunjuelito	14.45	9.89 - 20.64	41.18	24.41 - 60.29
Usaquén	17.19	12.57 - 23.06	39.34	23.39 - 57.94
Usme	8.78	5.69 - 13.3	39.56	21.19 - 61.44

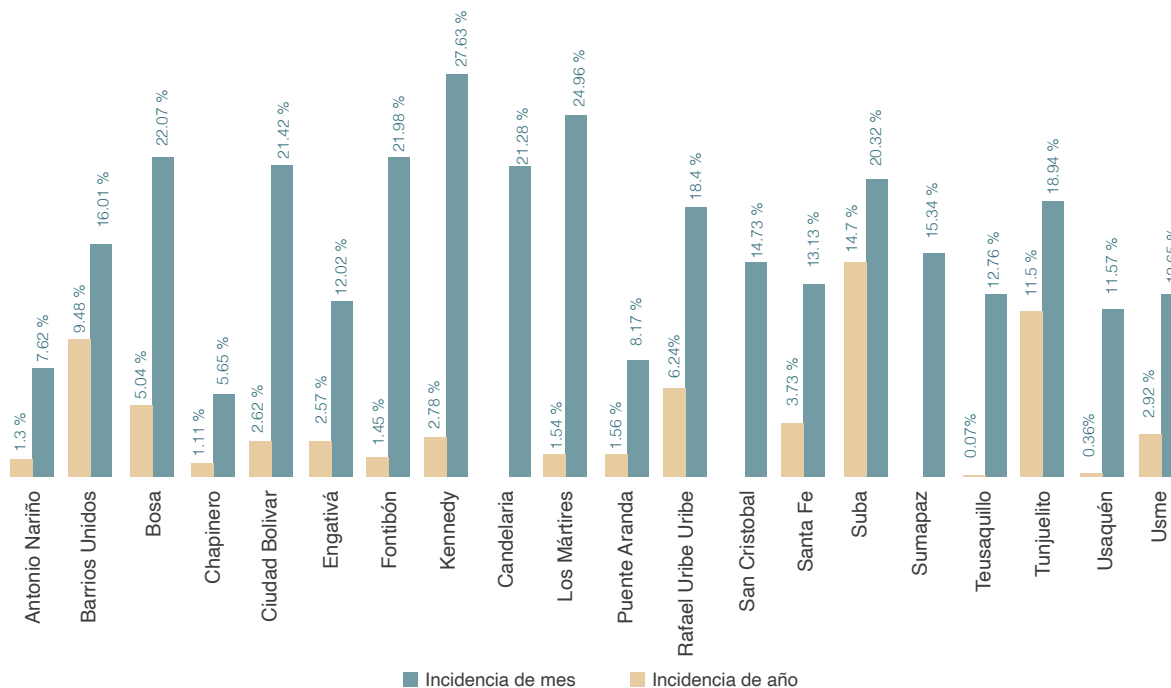
\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



Se observan los porcentajes más altos de las personas que recibieron el diagnóstico de depresión por primera vez en los últimos 30 días (incidencia mes) en las localidades de

Suba (14.7 %), Tunjuelito (11.5 %) y Barrios Unidos (9.48 %); mientras que las mayores incidencias año están en las localidades de Kennedy (27.63 %), Los Mártires (24.96 %) y Bosa (22.07 %).

**Gráfica 60.** Diagnóstico de depresión primera vez - localidades



**Tabla 138.** Incidencia diagnóstico de depresión primera vez – localidades

Localidad	Mes		Año	
	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	1.3	0.53 - 3.11	7.62	5.03 - 11.39
Barrios Unidos	9.48	3.64 - 22.49	16.01	8 - 29.49
Bosa	5.04	1.2 - 18.81	22.07	12.17 - 36.68
Chapinero	1.11	0.22 - 5.39	5.65	1.42 - 19.89
Ciudad Bolívar	2.62	0.75 - 8.68	21.42	11.15 - 37.2
Engativá	2.57	0.52 - 11.84	12.02	5.22 - 25.32
Fontibón	1.45	0.23 - 8.49	21.98	11.45 - 38.02
Kennedy	2.78	0.86 - 8.59	27.63	10.3 - 55.95
La Candelaria	-	-	21.28	16.85 - 26.5
Los Mártires	1.54	0.61 - 3.87	24.96	14.03 - 40.042
Puente Aranda	1.56	0.46 - 5.11	8.17	4.15 - 15.45
Rafael Uribe Uribe	6.24	1.92 - 18.47	18.4	10.07 - 31.23
San Cristóbal	-	-	14.73	6.88 - 28.75
Santa Fe	3.73	1.09 - 11.99	13.13	5.02 - 30.22
Suba	14.7	2.61 - 52.56	20.32	5.9 - 50.9



Sumapaz	-	-	15.34	8.93 - 25.06
Teusaquillo	0.07	0.01 - 0.38	12.76	6.88 - 22.46
Tunjuelito	11.5	4.12 - 28.23	18.94	9.03 - 35.47
Usaquén	0.36	0.05 - 2.55	11.57	5.67 - 22.17
Usme	2.92	0.67 - 11.77	12.65	5.62 - 26.03

**Zonas:** han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con depresión el 10.93 % de las personas en la zona urbana y el 7.79 % de las personas en la zona rural; de estas personas, recibieron el diagnóstico durante los últimos 12 meses: el 41.45 % en zona urbana y el 52.28 % de zona rural. El 4.89 % de las personas en zona urbana

recibieron el diagnóstico de depresión por primera vez en los últimos 30 días (incidencia mes); en tanto que 17.5 % de las personas en zona urbana y el 16.6 % en zona rural lo recibieron en el último año (incidencia año).

**Tabla 139.** Indicadores diagnóstico de depresión - zona

Zona	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	10.93	9.84 - 12.12	41.45	35.77 - 47.36	17.5	12.66 - 23.68	4.89	1.95 - 11.71
Rural	7.79	6.54 - 9.24	52.28	43.29 - 61.12	16.6	12.16 - 22.24	-	-

### 3.2. Diagnóstico de ansiedad

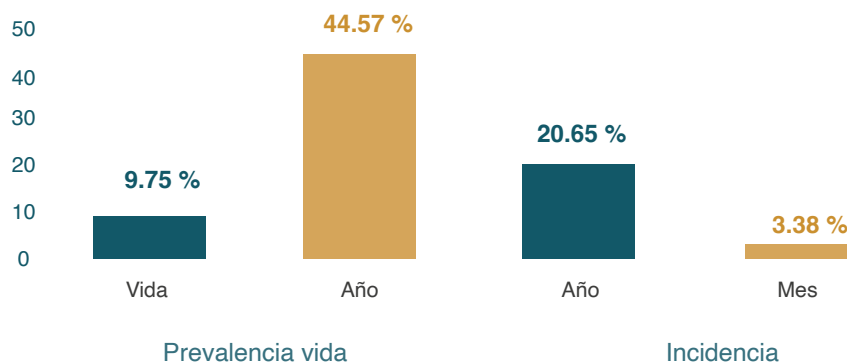
El 9.75 % de las personas han tenido alguna vez en su vida un diagnóstico de ansiedad; al 44.57 % lo diagnosticaron en los últimos 12 meses. El 3.38 % de las personas recibieron por primera vez el diagnóstico de ansiedad durante los últimos 30 días, y el 20.65 % el último año.

**Tabla 140.** Indicadores del diagnóstico de ansiedad – total población

	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
	9.75	8.66 - 10.95	44.57	38.42 - 50.89	20.23	15.65 - 25.74	3.38	2.12 - 5.34



**Gráfica 61.** Indicadores del diagnóstico de ansiedad – total población



**Sexo:** el 7.8 % de los hombres, el 11.49 % de las mujeres y el 15.89 % de las personas intersexuales han sido diagnosticados alguna vez en su vida con ansiedad. De estas personas el 40.45 % de los hombres, el 47.23 % de las mujeres y el 28.2 % de las personas intersexuales. La primera vez que recibieron

el diagnóstico de ansiedad fue, para el 2.58 % de los hombres, el 3.89 % de las mujeres y el 1.17 % de las personas intersexuales, en los últimos 30 días (incidencia mes), y el 20.89 % de los hombres, el 19.96 % y el 1.17 % de las personas intersexuales recibieron el diagnóstico por primera vez en el último año (incidencia año).

**Tabla 141.** Indicadores diagnóstico de ansiedad – por sexo

Sexo	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hombre	7.8	6.44 - 9.42	40.45	31.38 - 50.21	20.89	16.06 - 33.13	2.58	1.27 - 5.15
Mujer	11.49	9.9 - 13.3	47.23	39.16 - 55.45	19.96	15.06 - 25.95	3.89	2.15 - 6.93
Intersexual	15.89	2.96 - 53.93	28.2*	3.21 - 82.28	1.17	0.13 - 9.64	1.17	0.13 - 9.64

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Curso de vida:** han sido diagnosticados alguna vez en su vida por ansiedad el 12.79 % de los jóvenes, el 9.5 % de los adultos y el 6.8 % de las personas mayores, de estas personas, el 40.16 % de los jóvenes, el 46.76 % de los adultos y el 45.73 % de las personas mayores fueron diagnosticados en el último año. Fueron

diagnosticados por primera vez en el último mes (incidencia mes) el 2.42 % de los jóvenes, el 3.03 % de los adultos y el 6.96 % de los adultos mayores, y fueron diagnosticados por primera vez en el último año el 23.56 %, de los jóvenes el 18.94 % de los adultos y el 17.9 % de los adultos mayores.



**Tabla 142.** Indicadores de diagnóstico de ansiedad – curso de vida

Ciclo vital	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Juventud	12.79	10.53 - 15.44	40.16	31.17 - 49.87	23.56	16.06 - 33.13	2.42	1.15 - 5.03
Adultez	9.5	7.91 - 11.38	46.76	37.63 - 56.11	18.94	12.59 - 27.49	3.03	1.62 - 5.57
Vejez	6.8	5.16 - 8.91	45.73	32.98 - 59.08	17.9	10.66 - 28.51	6.96	2.36 - 18.79

**Estrato socioeconómico:** han sido diagnosticadas con ansiedad: el 9.22 % de las personas en estrato 1; el 9.28 % de las personas en estrato 2; el 10.6 % de las personas en estrato 3; el 9.96 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 4.91 % de las personas que NS/NR, y el 1.51 % de las personas en zona rural. Recibieron el diagnóstico en los últimos 12 meses: el 57.61 % de las personas en estrato 1; el 43.21 % de las personas en estrato 2; el 41.59 % de las personas en estrato 3; el 49.75 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 100 % de las personas que NS/NR, y el 29.04 % de las personas en zona rural.

Recibieron por primera vez el diagnóstico de ansiedad en los últimos 30 días (incidencia mes): el 1.25 % de las personas del estrato 1; el 3.08 % de las personas en estrato 2; el 4.72 % de las personas en estrato 3; y el 1.57 % de las personas en estratos 4, 5 y 6. Mientras que lo recibieron por primera vez en el último año: el 14.53 % de las personas en estrato 1; el 20.94 % de las personas en estrato 2; el 22.82 % de las personas en estrato 3; y el 9.7 % de las personas en estratos 4, 5 y 6.

**Tabla 143.** Indicadores de diagnóstico de ansiedad – estrato socioeconómico

Estrato	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	9.22	5.46 - 15.16	57.61	31.63 - 79.97	14.53	6.16 - 30.55	1.25	0.2 - 7.53
2	9.28	7.84 - 10.96	43.21	34.55 - 52.31	20.94	13.82 - 30.46	3.08	1.54 - 6.08
3	10.6	8.76 - 12.78	41.59	33.18 - 50.52	22.82	16.13 - 31.26	4.72	2.38 - 9.16
4,5 y 6	9.96	6.81 - 14.35	49.75	33.09 - 66.47	9.7	5.32 - 17.05	1.57	0.41 - 5.8
NS/NR	4.91	1.35 - 16.26	100	100 - 100	0	0	0	0
Rural	1.51	0.81 - 2.8	29.04	9.36 - 61.85	0	0	0	0

**Pertenencia étnica:** han sido diagnosticados alguna vez en su vida con ansiedad: el 9.18 % de los indígenas; el 30.88 % de los gitanos; 8.53 %

de los raizales; el 16.79 % de los palenqueros; el 11% de los afrodescendientes, y el 9.65 % de las personas sin pertenencia étnica.



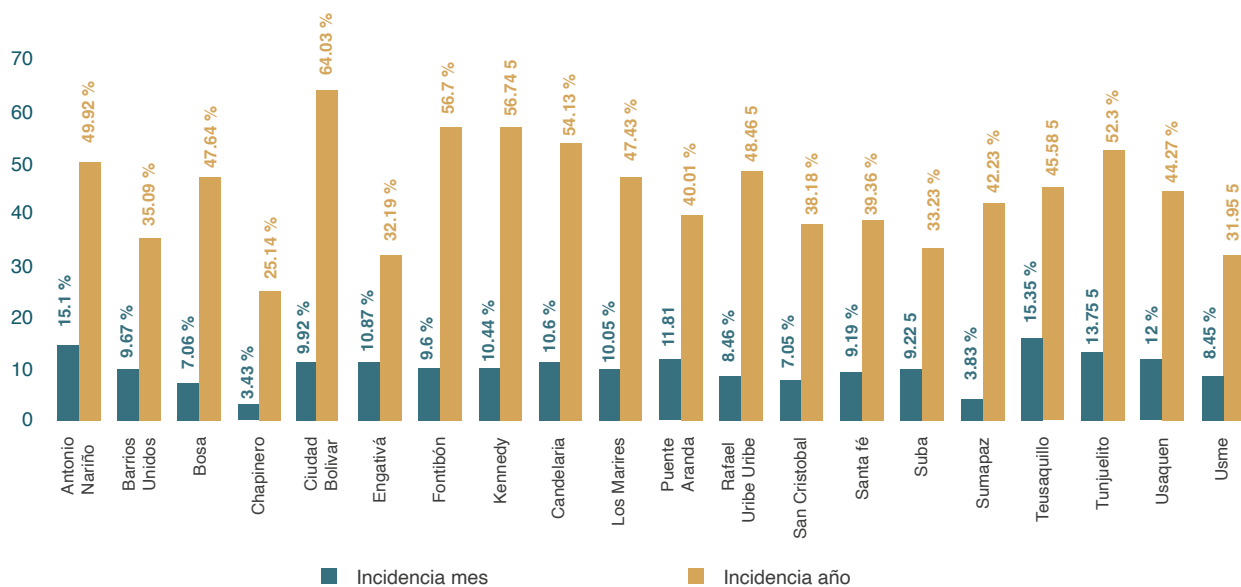
**Tabla 144. Indicadores de diagnóstico de ansiedad – pertenencia étnica**

Grupo étnico	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	9.18	5.71 - 14.43	49.67	27.77 - 71.69	5.09	1.6 - 15.08	0.63	0.17 - 2.28
Gitano	30.88	9.31 - 66.05	84.02	41 - 97.55	-	-	0	0
Raizal	8.53	1.22 - 41.3	0	0	-	-	0	0
Palenquero	16.79	1.69 - 70.29	0	0	-	-	0	0
Afrodescendiente	11	6.68 - 17.59	20.51	10.08 - 37.24	14.39	6.26 - 29.71	4.43	1.13 - 15.79
Sin pertenencia étnica	9.65	8.49 - 10.95	46.69	40.1 - 53.4	21.91	16.73 - 28.14	3.47	2.1 - 5.67

**Localidades:** las mayores prevalencias de vida en el diagnóstico de ansiedad están en las localidades de Teusaquillo (15.35 %), Antonio Nariño (15.1 %) y Tunjuelito (13.75 %); las menores, en las localidades de San Cristóbal (7.05 %), Sumapaz (3.83 %) y Chapinero (3.43 %). Los porcentajes más altos de

prevalencia año del diagnóstico de ansiedad están en las localidades de Ciudad Bolívar (64.03 %), Kennedy (56.74 %) y Fontibón (56.7 %); y los menores porcentajes están en las localidades de Engativá (32.19 %), Usme (31.95 %) y Chapinero (25.13 %).

**Gráfica 62. Prevalencia vida y año del diagnóstico de ansiedad – localidad**

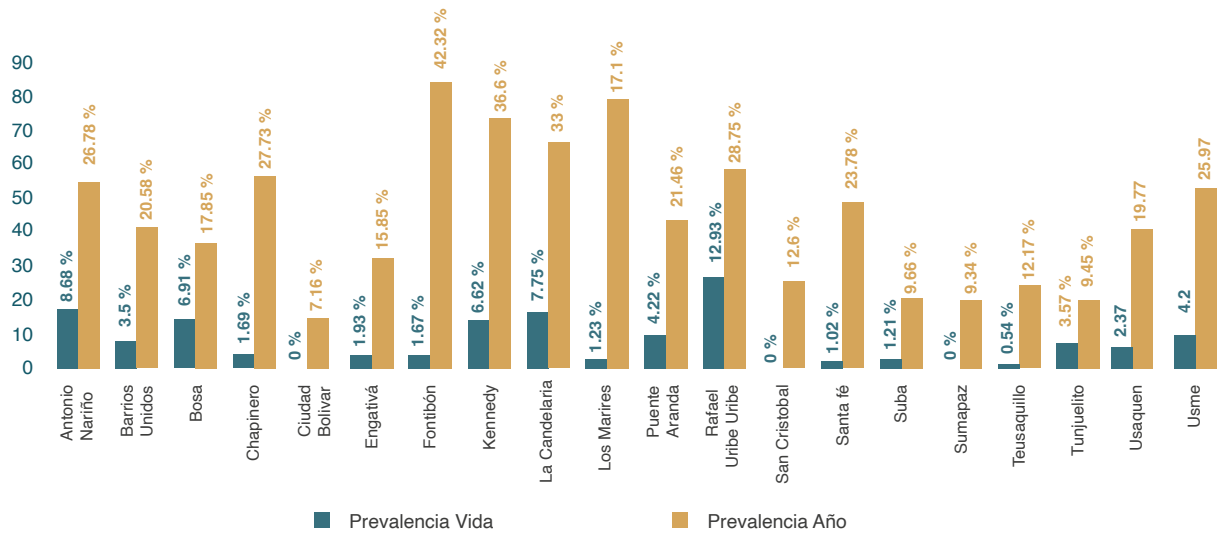


Los porcentajes más altos de las personas que recibieron por primera vez el diagnóstico en los últimos 30 días (incidencia mes) están en las localidades de Rafael Uribe Uribe (12.93 %), Antonio Nariño (8.68 %) y La Candelaria (7.75 %); los porcentajes más bajos se registran en las localidades de Los Mártires (1.23%), Suba

(1.21 %) y Santa Fe (1.02 %) y Teusaquillo (0.64 %). Se registran las tasas más altas de incidencia año en el diagnóstico de ansiedad en las localidades de Fontibón (42.32 %), Kennedy (36.6 %) y La Candelaria (33%); y las más bajas en las localidades de Tunjuelito (9.45 %), Sumapaz (9.34 %) y Ciudad Bolívar (7.16 %).



**Gráfica 63. Incidencia mes y año diagnóstico ansiedad - localidad**



**Tabla 145. Indicadores de diagnóstico de ansiedad - localidad**

Localidad	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	15.1	12.27 - 18.45	49.92	38.91 - 60.93	26.78	16.74 - 39.94	8.68	3.62 - 19.37
Barrios Unidos	9.67	7.2 - 12.88	35.09	22.19 - 50.6	20.58	11.39 - 34.32	3.5	1.28 - 9.22
Bosa	7.06	4.81 - 10.25	47.64	30.6 - 65.25	17.85	7.16 - 37.97	6.91	1.42 - 27.66
Chapinero	3.43	1.72 - 6.75	25.13	13.65 - 41.59	27.73	10.78 - 54.93	1.69	0.47 - 5.87
Ciudad Bolívar	9.92	5.06 - 18.53	64.03	32.68 - 86.71	7.16	2.63 - 18.05	0	0
Engativá	10.87	7.55 - 15.4	32.19	18.55 - 49.74	15.85	7.17 - 31.49	1.93	0.32 - 10.85
Fontibón	9.6	6.06 - 14.89	56.7	34.06 - 76.86	42.32	19.83 - 68.52	1.67	0.46 - 5.85
Kennedy	10.44	7.57 - 14.23	56.74	37.54 - 74.1	36.6	18.31 - 59.79	6.62	2.16 - 18.5
La Candelaria	10.6	9.79 - 11.48	54.13	49.1 - 59.08	33	88 - 39.76	7.75	2.75 - 19.99
Los Mártires	10.05	6.46 - 15.31	47.43	29.86 - 65.66	17.1	9.69 - 28.39	1.23	0.27 - 5.41
Puente Aranda	11.81	8.58 - 16.03	40.01	26.48 - 55.25	21.46	12.75 - 33.85	4.22	1.67 - 10.28
Rafael Uribe Uribe	8.46	6.16 - 11.52	48.46	33.51 - 63.69	28.75	16.79 - 44.66	12.93	4.61 - 31.35
San Cristóbal	7.05	5.01 - 9.83	38.18	24.68 - 53.8	12.6	5.47 - 26.42	0	0
Santa Fe	9.19	6.04 - 13.74	39.36	21.39 - 60.75	23.78	11.82 - 41.99	1.02	0.25 - 4.08
Suba	9.22	6.26 - 13.36	33.23	19.58 - 50.44	9.66	4.32 - 20.05	1.21	0.17 - 8.22
Sumapaz	8.55	6.64 - 10.93	42.23	25.47 - 60.99	9.34	3.03 - 25.35	0	0
Teusaquillo	17.31	13.28 - 22.23	45.58	31.32 - 60.61	12.17	6.76 - 20.91	0.64	0.21 - 1.95
Tunjuelito	14.45	9.89 - 20.64	52.3	31.39 - 72.43	9.45	4.32 - 19.45	3.57	1.07 - 11.3
Usaquén	17.19	12.57 - 23.06	44.27	26.74 - 63.36	19.77	9.92 - 35.53	2.37	0.55 - 9.59
Usme	8.78	5.69 - 13.3	31.95	13.54 - 58.47	25.97	9.7 - 53.38	4.2	0.58 - 24.77



**Zonas:** han sido diagnosticadas con ansiedad el 9.76 % de las personas en zona urbana y el 4.8 % de las personas en zona rural; de estas, recibieron el diagnóstico en los últimos 12 meses: el 44.57 % de las personas en zona urbana y el 44.5 % de las personas en zona

rural. El 3.08 % de las personas en zona urbana recibieron por primera vez este diagnóstico en los últimos 30 días; mientras que recibieron por primera vez el diagnóstico en el último año el 20.23 % de las personas en zona urbana y el 16.43 % de las personas en zona rural.

**Tabla 146.** Indicadores de diagnóstico de ansiedad – zona

Zona	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	9.76	8.68 - 10.97	44.57	38.41 - 50.9	20.23	15.65 - 25.76	3.38	2.13 - 5.34
Rural	4.8	3.73 - 6.16	44.5	33.09 - 56.52	16.43	10.41 - 24.95	0	0

### 3.3. Diagnóstico de trastorno bipolar

El 1.67 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un trastorno bipolar, que corresponde a: 1.86 % de los hombres, 1.41 % de las mujeres y 17.93 % de las personas intersexuales. El 35.79 % de estas personas recibieron el diagnóstico durante los últimos 12 meses; el 30.95 % de los hombres, el 37.61 % de las mujeres y el 100% de las personas intersexuales.

**Sexo:** el 7.3 % fue diagnosticado por primera vez en los últimos 30 días, que corresponde al 4.02 % de los hombres y al 11.7 % de las mujeres; mientras el 12.8 % fue diagnosticado en el último año, que corresponde al 8.82 % de los hombres y al 18.38 % de las mujeres.

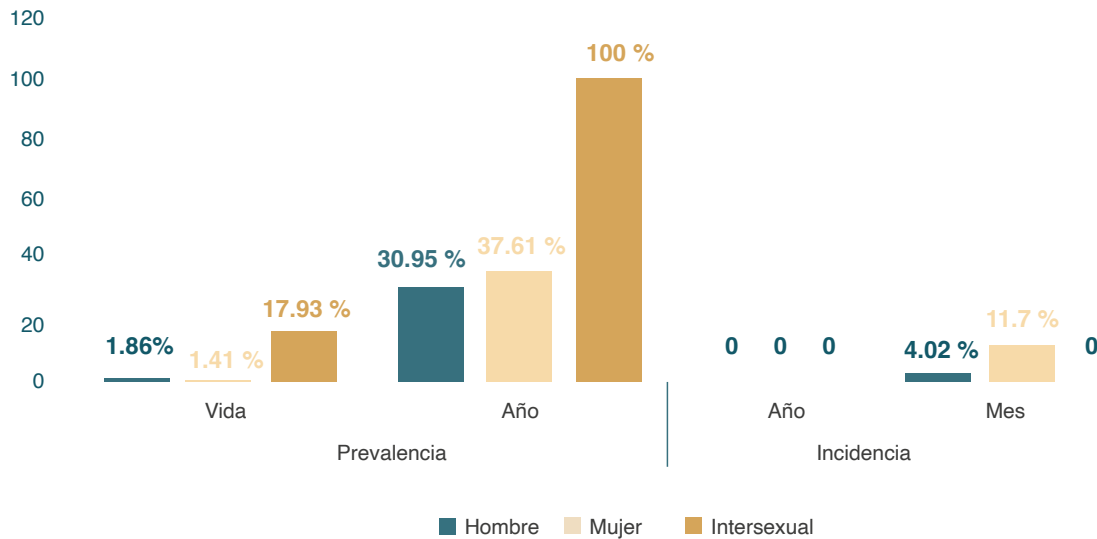
**Tabla 147.** Indicadores de diagnóstico trastorno bipolar - total por sexo

Total y sexo	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Hombre	1.86	1.18 - 2.93	30.95	15.86 - 51.59	8.83	3.07 - 22.85	4.02	0.56 - 23.83
Mujer	1.41	0.88 - 2.27	37.61	18.87 - 60.96	18.38	6.23 - 43.29	11.7	2.43 - 41.38
Intersexual	17.93	3.57 - 56.32	100	100 - 100	0	0	0	0





**Gráfica 64.** Indicadores de diagnóstico trastorno bipolar, según sexo



**Curso de vida:** la prevalencia de vida del diagnóstico de trastorno bipolar es del 2.29 % en los jóvenes; el 1.71 % en los adultos, y el 0.79 % en las personas mayores. Fueron diagnosticados durante los últimos 12 meses: el 15.46 %, de los jóvenes; el 49.62 % de los adultos, y el 20.3 % de las personas mayores.

Fueron diagnosticados con trastorno bipolar por primera vez en el último mes (incidencia mes): el 9.43 % de los jóvenes; el 4.15 % de los adultos, y el 0.27 % de las personas mayores. Mientras que fueron diagnosticados por primera vez en el último año (incidencia año): el 9.43 % de los jóvenes; el 16.69 % de los adultos, y el 0.27 % de las personas mayores.

**Tabla 148.** Indicadores de diagnóstico trastorno bipolar – curso de vida

Curso de vida	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Juventud	2.29	1.27 - 4.08	15.46	6.08 - 34.07	9.43	2.92 - 26.49	9.43	2.92 - 26.49
Adulthood	1.71	1.11 - 2.65	49.62	29.27 - 70.09	16.69	6.29 - 37.41	4.15	1.74 - 9.54
Vejez	0.79	0.38 - 1.63	20.3	6.71 - 47.4	0.27	0.08 - 0.88	0.27	0.08 - 0.88

**Estratos sociodemográficos:** han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con trastorno bipolar el 2.06 % de las personas en estrato 1; el 1.82 % de las personas en estrato 2; el 1.11 % de las personas en estrato 3; el 2.77 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 4.27 % de las personas que NS/NR, y el 1.07 % de las personas en zona rural. De estas personas, fueron diagnosticadas durante los últimos 12 meses: el 78.96 % de personas en estrato 1; el

32.51 % en estrato 2; el 29.89 % en estrato 3; y el 7.35 % en estratos 4, 5 y 6.

En el último mes diagnosticaron por primera vez con trastorno bipolar al 15.46 % de personas en estrato 1 y al 9.52 % de personas en estrato 2; en el último año diagnosticaron por primera vez: al 16.97 % de las personas en estrato 1; el 16.7 % de personas en estrato 2; el 5.62 % de personas en estrato 3; y el 1.71 % de personas en estratos 4, 5 y 6.

**Tabla 149.** Diagnóstico trastorno bipolar – estrato socioeconómico

Estrato	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	2.06	1.06 - 3.96	78.96	55.5 - 91.87	16.97	2.97 - 58.53	15.46	2.23 - 59.5
2	1.82	1.17 - 2.82	32.51	17.22 - 52.73	16.7	6.18 - 37.89	9.52	1.96 - 35.68
3	1.11	0.71 - 1.72	29.89	14.09 - 52.55	5.62	1.34 - 20.68	-	-
4,5 y 6	2.77	0.54 - 12.9	7.35	0.81 - 43.41	1.71	0.15 - 16.27	-	-
NS/NR	4.27	1.33 - 12.81	-	-	-	-	-	-
Rural	1.07	0.5 - 2.3	-	-	-	-	-	-

**Pertenencia étnica:** la prevalencia de vida en el diagnóstico del trastorno bipolar en la población indígena es del 5.05 %; en los gitanos del 7.13 %; en la afrodescendiente del 0.79 %, y en la población sin pertenencia étnica del 1.52 %. La prevalencia año es de 35.02 % en población indígenas; el 33.23 % en los afrodescendientes, y el 36.23 % en las personas sin pertenencia étnica.

La incidencia mes es del 12.14 % en las personas indígenas y del 6.58 % en las personas sin pertenencia étnica; y la incidencia año es del 100 % en la población indígena; 100 % en la población afrodescendiente, y 92.99 % en las personas sin pertenencia étnica.

**Tabla 150.** Diagnóstico trastorno bipolar – pertenencia étnica

Grupo étnico	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	5.05	1.72 - 13.95	35.02*	7.17 - 78.99	12.14	1.35 - 58.22	12.14	1.35 - 58.22
Gitano	7.13	1.45 - 28.58	-	-	-	-	-	-
Raizal	-	-	-	-	-	-	-	-
Palenquero	-	-	-	-	-	-	-	-
Afrodescendiente	0.79	0.38 - 1.64	33.23*	10.19 - 68.57	-	-	-	-
Sin pertenencia étnica	1.52	1.09 - 2.11	36.23	22.61 - 52.5	13.59	5.87 - 28.42	6.58	1.37 - 26.27

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

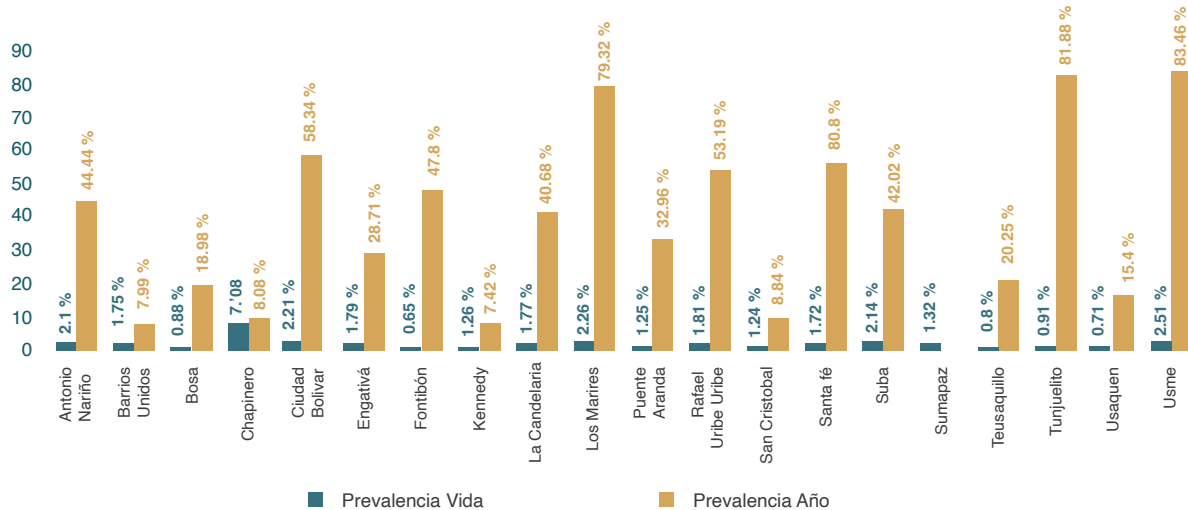
**Localidades:** las prevalencias de vida más altas del diagnóstico de trastorno bipolar están en las localidades de Usme (83.46 %), Tunjuelito (81.88 %) y Los Mártires (79.32 %); y las más bajas en las localidades de Chapinero (8.08 %), Barrios Unidos (7.99 %) y Kennedy (7.42 %). Las mayores incidencias mes del diagnóstico de trastorno bipolar se presentan

en las localidades de Fontibón (47.8 %), La Candelaria (42.63 %) y Tunjuelito (32.45 %); y las menores prevalencias se encuentran en las localidades de Ciudad Bolívar (1.64 %), Santa Fe (1.47 %) y Chapinero (0.41 %). En las localidades de Bosa, Engativá, Sumapaz, Usaquén y Usme no se reportaron datos.

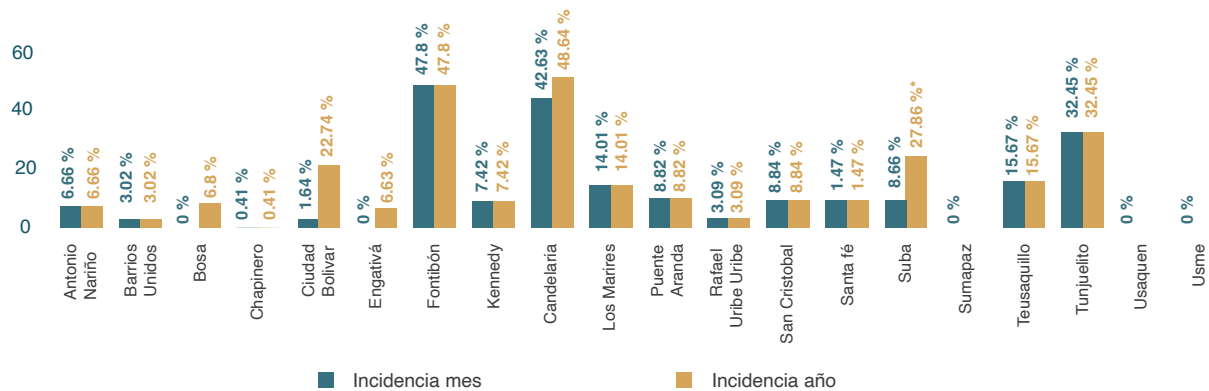


Las tasas de incidencia año en la mayoría de las localidades llega al 100 %, excepto en Kennedy (93.99 %); San Cristóbal (93.37 %); Sumapaz (93.2 %); Chapinero (80.8 %), y Usme (78.9 %).

**Gráfica 65. Prevalencia vida y año diagnóstico trastorno bipolar– localidad**



**Gráfica 66. Incidencia mes y año diagnóstico trastorno bipolar – localidad**



**Tabla 151. Indicadores del diagnóstico trastorno bipolar – localidad**

Localidad	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	2.1	1.22 - 3.57	44.44	21.98 - 69.43	6.66	1.85 - 21.27	6.66	1.85 - 21.27
Barrios Unidos	1.75	0.49 - 6.09	7.99	1.47 - 33.53	3.02	0.36 - 21.04	3.02	0.36 - 21.04
Bosa	0.88	0.46 - 1.67	18.98	4.63 - 53.06	6.8	1.06 - 33.14	0	0
Chapinero	7.08	1.55 - 26.98	8.08	0.78 - 49.72	0.41	0.03 - 4.78	0.41	0.03 - 4.78



<b>Ciudad Bolívar</b>	2.21	1.05 - 4.57	58.34*	23.52 - 86.45	22.74	3.78 - 68.78	1.64	0.21 - 11.91
<b>Engativá</b>	1.79	0.66 - 4.76	28.71*	5.43 - 73.87	6.63	0.75 - 39.89	0	0
<b>Fontibón</b>	0.65	0.25 - 1.65	47.8*	11.57 - 86.5	47.8	11.57 - 86.5	47.8*	11.57 - 86.5
<b>Kennedy</b>	1.26	0.49 - 3.18	7.42	0.87 - 42.15	7.42	0.87 - 42.15	7.42	0.87 - 42.15
<b>La Candelaria</b>	1.77	1.55 - 2.02	40.68	36.25 - 45.27	48.64	43.96 - 53.34	42.63	37.37 - 48.05
<b>Los Mártires</b>	2.26	1.1 - 4.58	79.32	53.8 - 92.66	14.01	2.16 - 54.64	14.01	2.16 - 54.64
<b>Puente Aranda</b>	1.25	0.64 - 2.44	32.96*	10.2 - 68.05	8.82	1.43 - 39.28	8.82	1.43 - 39.28
<b>Rafael Uribe Uribe</b>	1.81	0.88 - 3.68	53.19*	20.27 - 83.55	3.09	0.44 - 18.79	3.09	0.44 - 18.79
<b>San Cristóbal</b>	1.24	0.59 - 2.59	8.84	1.19 - 43.83	8.84	1.19 - 43.83	8.84	1.19 - 43.83
<b>Santa Fe</b>	1.72	0.65 - 4.51	56.52*	18.74 - 87.99	1.47	0.32 - 6.49	1.47	0.32 - 6.49
<b>Suba</b>	2.14	0.85 - 5.29	42.02*	11.9 - 79.55	27.86*	5.47 - 72.03	8.66	1.53 - 36.59
<b>Sumapaz</b>	1.32	0.59 - 2.95	-	-	-	-	0	0
<b>Teusaquillo</b>	0.8	0.38 - 1.67	20.25	5.17 - 54.19	15.67	2.94 - 53.25	15.67	2.94 - 53.25
<b>Tunjuelito</b>	0.91	0.37 - 2.22	81.88	41.77 - 96.61	32.45	6.38 - 77.18	32.45*	6.38 - 77.19
<b>Usaquén</b>	0.71	0.29 - 1.77	15.4	2.35 - 57.98	-	-	0	0
<b>Usme</b>	2.51	0.87 - 6.99	83.46	43.74 - 97.03	-	-	0	0

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Zonas:** la prevalencia vida del diagnóstico de trastorno bipolar es de 1.67 % en zona urbana y 0.88 % en zona rural; la prevalencia año es 35.8 % en zona urbana y 30.72 % en

zona rural; y la incidencia mes es de 7.31 % en zona urbana, en la zona rural no se registran datos; la incidencia año es de 12.82 % en zona urbana, en la zona rural no se registran datos.

**Tabla 152.** Diagnóstico trastorno bipolar – zona

Zona	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	1.67	1.21 - 2.31	35.8	23.11 - 50.86	12.82	5.84 - 25.84	7.31	2.09 - 22.58
Rural	0.88	0.53 - 1.43	30.72	18.11 - 47.06	-	-	-	-

### 3.4. Diagnóstico de psicosis

El 0.89 %\* de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con psicosis o esquizofrenia, y de estas el 32.86 % fueron diagnosticadas en el último año; la incidencia mes es 0.35 % y año de 7.5 %. La edad promedio en que se diagnostica la psicosis es de 33.58 años.

**Sexo:** la prevalencia de vida del diagnóstico de psicosis en hombres es de 1.45 %, en las mujeres de 0.34 %, y en las personas intersexuales de 9.24 %. En hombres (98.56 %) y personas intersexuales (100 %) los diagnósticos se realizaron por primera vez hace más de 12 meses.

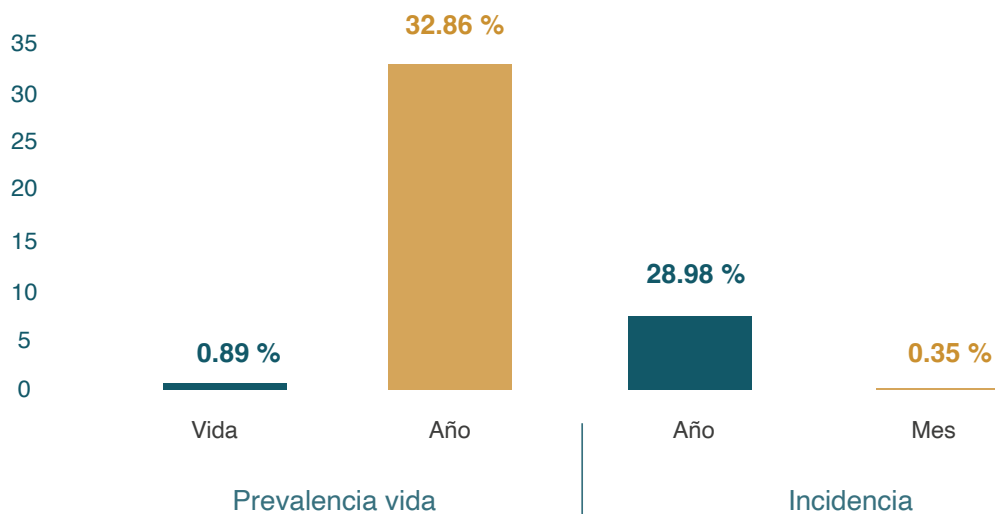


**Tabla 153.** Indicadores diagnóstico de psicosis – total y sexo

Total y sexo	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Total	0.89*	0.59 - 1.35	32.86*	18.68 - 51.04	7.5	-	0.35%*	0.05 - 2.24
Hombre	1.45*	0.86 - 2.43	31.05*	15.15 - 53.17	1.44*	0.44 - 4.6	0	0
Mujer	0.34*	0.21 - 0.57	44.09*	21.3 - 69.68	31.64	-	1.71*	0.26 - 10.57
Intersexual	9.24*	1.1 - 48.3	-	-	-	-	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 67.** Indicadores diagnóstico de psicosis – total



La edad promedio en la que son diagnosticados los hombres es a los 33.32 años, las mujeres a los 34.01 años, y las personas intersexuales a los 38 años.

**Tabla 154.** Edad promedio diagnóstico de psicosis – sexo

Sexo	Edad Promedio	IC
Hombre	33.32	26.6 - 40.04
Mujer	34.01	25.92 - 42.1
Intersexual	38	38 - 38

**Ciclo de vida:** la prevalencia de vida en el diagnóstico de psicosis es de 0.52 % en adolescentes; 0.62 % en jóvenes; 1.1 % en adultos, y 0.81 % en adultos mayores. Los datos de prevalencia para adolescentes, así como las incidencias, se excluyen porque su margen de error es muy alto y no son extrapolables a la población general, igualmente la mayoría de los datos deben manejarse con mucha precaución, porque el margen de error en varios de ellos supera el 15 %.

**Tabla 155.** Indicadores diagnóstico de psicosis - curso de vida

Curso de vida	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Adolescencia	0.52*	0.08 - 3.23	-	-	-	-	-	-
Juventud	0.62*	0.34 - 1.12	50.54*	23.25 - 77.51	41.48*	15.78 - 72.84	-	-
Adulthood	1.1*	0.61 - 1.95	23.65*	9.86 - 46.72	1.7	-	0.54*	0.08 - 3.64
Vejez	0.81*	0.37 - 1.79	31.86*	8.76 - 69.5	1.21*	0.18 - 7.78	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

La edad promedio en la que son diagnosticados los adolescentes con psicosis es a los 11.1 años, los jóvenes a los 20.1 años, los adultos a los 36.01 años y las personas mayores a los 43.41 años.

**Tabla 156.** Edad promedio diagnóstico de psicosis – curso de vida

Momento	Edad Promedio	IC
Adolescencia	11.1	10.84 - 11.36
Juventud	20.1	18.97 - 21.23
Adulthood	36.01	28.86 - 43.16
Vejez	43.41	30.89 - 55.92

**Estratos socioeconómicos:** la prevalencia de vida por estratos socioeconómicos del diagnóstico de psicosis es: de 1.1 % en estrato 1; 0.81 % en estrato 2; 0.89 % en estrato 3, y

1.22 % en estratos 4, 5 y 6. Sin embargo, como se ha venido mencionando en este apartado, estos datos deben tomarse con precaución y son solo indicativos.

**Tabla 157.** Indicadores diagnóstico de psicosis - estrato socioeconómico

Estrato	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	1.1*	0.53 - 2.3	53.37*	20.51 - 83.54	23.8*	5 - 64.95	-	-
2	0.81*	0.46 - 1.4	42.82*	21.57 - 67.09	7.07	-	0.76*	0.11 - 5.02
3	0.89*	0.36 - 2.22	13.48*	4.05 - 36.53	2.65*	0.41 - 15.18	-	-
4, 5 y 6	1.22*	0.32 - 4.6	17.41*	2.67 - 61.86	-	-	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

La edad promedio en la que es diagnosticada la psicosis en orden de más temprana a más tardía es: en el estrato 1 de 38.29 años; en el

estrato 3 de 37.59 años; en los estratos 4, 5 y 6 de 30.14 años; y en el estrato 2 de 29.83 años.

**Tabla 158.** Edad promedio diagnóstico de psicosis – estrato socioeconómico

Estrato	Edad Promedio	IC
1	38.29	27.58 - 49.01
2	29.83	22.55 - 37.11
3	37.59	30.37 - 44.82
4, 5 y 6	30.14	28.18 - 32.1

**Pertenencia étnica:** la prevalencia de vida del diagnóstico de psicosis en los indígenas es de 2.06 %; en los gitanos del 0.12 %; en

los afrodescendientes del 0.28 %, y en las personas sin pertenencia étnica 0.87 %.

**Tabla 159.** Indicadores diagnóstico de psicosis - pertenencia étnica

Grupo étnico	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	2.06*	0.71 - 5.83	31.79*	4.73 - 81.38	1.64*	0.23 - 10.77	-	-
Gitano	0.12*	0.04 - 0.41	100	100 - 100	-	-	-	-
Afrodescendiente	0.28*	0.07 - 1.19	10.72*	1.76 - 44.64	-	-	-	-
Sin pertenencia étnica	0.87*	0.55 - 1.38	33.63*	18.22 - 53.54	8.59	-	0.41*	0.06 - 2.67

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

Al cruzar el diagnóstico de psicosis con personas que se auto reconocen como pertenecientes a una comunidad étnica, se encuentra que la edad más temprana de este

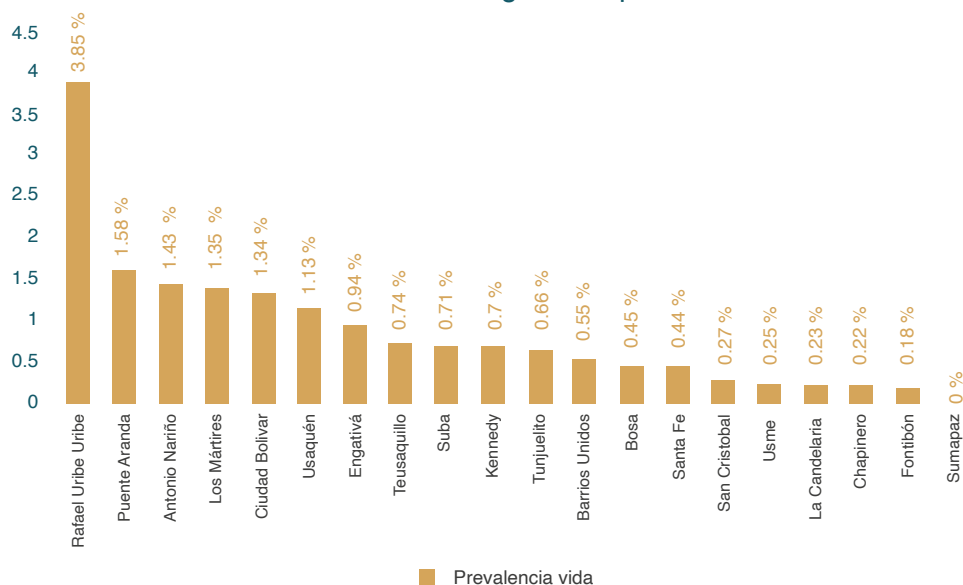
diagnóstico se observa en: gitanos a los 15 años; afrodescendientes a los 23.71 años; las personas sin pertenencia étnica a los 32.51 años, e indígenas a los 42.48 años.

**Tabla 160.** Edad promedio diagnóstico de psicosis – pertenencia étnica

Estrato	Edad Promedio	IC
Indígena	42.48	29.51 - 55.45
Gitano	15	15 - 15
Afrodescendiente	23.71	15.73 - 31.69
Sin pertenencia étnica	32.51	26.43 - 38.58

**Localidades:** las localidades con las mayores prevalencias de vida en el diagnóstico de psicosis son Rafael Uribe Uribe con 3.85 % y Puente Aranda con 1.58 %; en tanto que las más bajas se registran en las localidades de Chapinero

con 0.22 % y Fontibón con 0.18 %. Las mayores prevalencias año en el diagnóstico de psicosis están en las localidades de Usme (100%) y Teusaquillo (95.43 %); y las más bajas en Engativá (2.25 %) y Rafael Uribe Uribe (1.69 %).

**Gráfica 68. Prevalencia vida diagnóstico psicosis – localidades****Tabla 161. Prevalencia en el diagnóstico de psicosis - localidades**

Localidades	Prevalencia			
	Vida		Año	
	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	1.43*	0.71 - 2.84	20.34*	5.45 - 53.09
Barrios Unidos	0.55*	0.19 - 1.56	33.41*	7.91 - 74.56
Bosa	0.45*	0.14 - 1.49	55.38*	10.86 - 92.68
Chapinero	0.22*	0.08 - 0.65	20.01*	3.86 - 60.92
Ciudad Bolívar	1.34*	0.54 - 3.27	55.42*	17 - 88.29
Engativá	0.94*	0.2 - 4.2	2.45*	0.19 - 24.57
Fontibón	0.18*	0.05 - 0.64	31.9*	4.65 - 81.8
Kennedy	0.7*	0.29 - 1.69	33.79*	6.45 - 79.07
La Candelaria	0.23	0.18 - 0.29	59.37	48.5 - 69.38
Los Mártires	1.35*	0.76 - 2.4	44.75*	18.68 - 74.07
Puente Aranda	1.58*	0.46 - 5.26	27.43*	4.34 - 75.91
Rafael Uribe Uribe	3.85*	0.98 - 13.92	1.69*	0.16 - 15.42
San Cristóbal	0.27*	0.09 - 0.82	77.67*	24.34 - 97.41
Santa Fe	0.44*	0.17 - 1.18	51.21*	10.69 - 90.19
Suba	0.71*	0.23 - 2.18	82.27	61.51 - 93.09
Sumapaz	-	-	-	-
Teusaquillo	0.74*	0.21 - 2.56	95.43	71.74 - 99.42
Tunjuelito	0.66*	0.24 - 1.79	52.92*	13.29 - 89.19
Usaquén	1.13*	0.36 - 3.55	-	-
Usme	0.25*	0.05 - 1.16	100	100 - 100

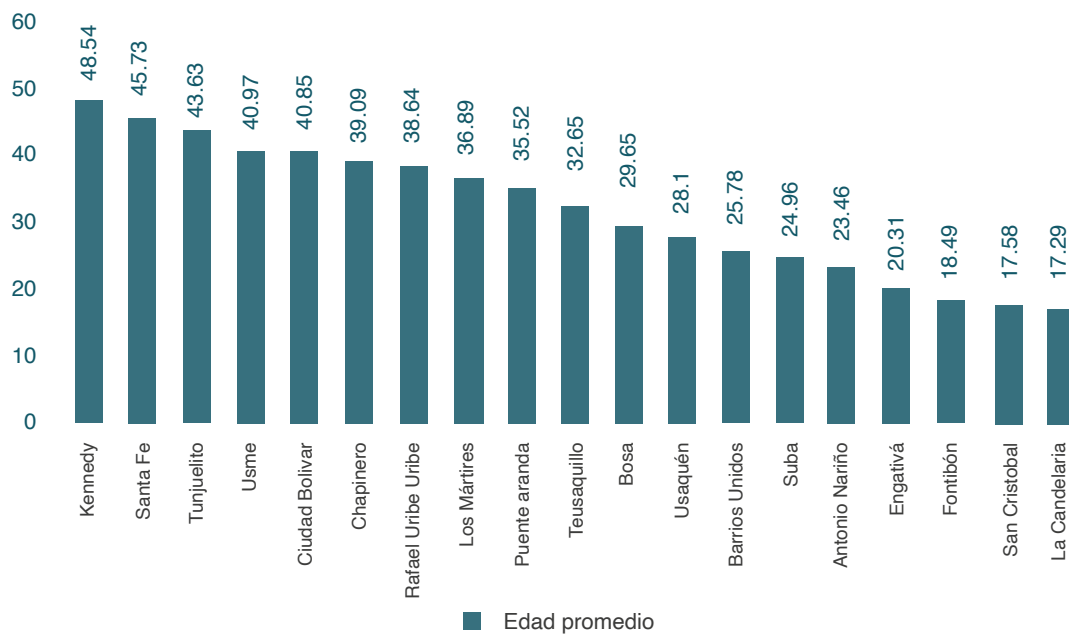
\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.





En la localidad de Kennedy se observa la edad promedio más tardía en el diagnóstico de psicosis: 48.54 años, mientras en La Candelaria se registra la más temprana: 17.29 años.

**Gráfica 69.** Edad promedio diagnóstico de psicosis – localidades



**Tabla 162.** Edad promedio diagnóstico de psicosis – localidades

Localidad	Promedio Edad	IC
Antonio Nariño	23.46	18.21 - 28.71
Barrios Unidos	25.78	19.59 - 31.97
Bosa	29.65	15.06 - 44.25
Chapinero	39.09	33.69 - 44.49
Ciudad Bolívar	40.85	28.41 - 53.29
Engativá	20.31	17.69 - 22.93
Fontibón	18.49	17.7 - 19.28
Kennedy	48.54	39.58 - 57.51
La Candelaria	17.29	16.62 - 17.96
Los Mártires	36.89	25.4 - 48.38
Puente Aranda	35.52	30.12 - 40.91
Rafael Uribe Uribe	38.64	28.38 - 48.9
San Cristóbal	17.58	15.53 - 19.63
Santa Fe	45.73	32.54 - 58.91
Suba	24.96	20.57 - 29.34
Teusaquillo	32.65	28.02 - 37.28
Tunjuelito	43.63	20.98 - 66.27
Usaquén	28.1	22.06 - 34.14
Usme	40.97	32.83 - 49.1



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

**Tabla 163.** Indicadores diagnóstico de psicosis - zona.

Zona	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	0.89*	0.59 - 1.35	32.91*	18.67 - 51.18	7.53	-	0.35*	0.05 - 2.25
Rural	1.25*	0.58 - 2.65	21.44*	9.14 - 42.57	-	-	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Tabla 164.** Edad promedio diagnóstico de psicosis - zona

Zona	Promedio edad	IC
Urbano	33.6	28.15 - 39.05
Rural	29.17	28.51 - 29.82

### 3.5. Diagnóstico de demencia

El 0.52 % de las personas alguna vez en su vida han sido diagnosticadas con deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer.

**Sexo:** han recibido este diagnóstico el 0.48 % de los hombres, el 0.51 % de las mujeres y el 9.11 % de las personas intersexuales.

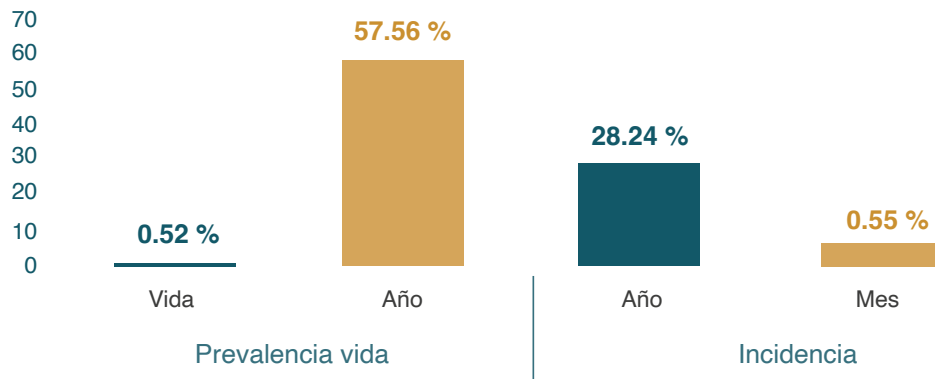
**Tabla 165.** Indicadores diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia o Alzhéimer- total y sexo

	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Total	0.52*	0.34 - 0.79	57.56*	38.11 - 74.92	28.24*	14.51 - 47.72	5.55*	0.99 - 25.67
Hombre	0.48*	0.25 - 0.93	62.36*	30.39 - 86.28	17.33*	3.21 - 57	-	-
Mujer	0.51*	0.31 - 0.85	54.33*	28.24 - 78.23	40.01*	18.62 - 66.03	10.76*	1.95 - 42.26
Intersexual	9.11*	1.75 - 36.08	47.17*	6.05 - 92.52	-	-	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Gráfica 70.** Indicadores diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer- total



La edad promedio en la que las personas han sido diagnosticadas es de 50.91 años: en hombres es de 53.11 años; en mujeres 48.75 años, la más temprana; y en personas intersexuales, 54.08 años.

**Tabla 166.** Edad promedio diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer

	Edad Promedio	IC
Total	50.91	45.32 - 56.5
Hombre	53.11	46.86 - 59.36
Mujer	48.75	39.19 - 58.32
Intersexual	54.08	44.25 - 63.9

**Curso de vida:** han sido diagnosticados alguna vez en su vida con deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer el 0.04 % de los jóvenes; el 0.61 % de los adultos, y el 0.85 % de las personas mayores. De estos, fueron diagnosticados durante el último año: el 64.9 % de los jóvenes; el 60.02 % de los adultos, y el 51.96 % de las

personas mayores. Fueron diagnosticados por primera vez durante el último año el 30.3 % de los adultos y el 25.53 % de las personas mayores; mientras que diagnosticaron por primera vez en el último mes al 0.98 % de los adultos y al 15.26 % de las personas mayores.

**Tabla 167.** Indicadores diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – curso de vida

Curso de vida	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Juventud	0.04*	0.01 - 0.14	64.9*	16.77 - 94.44	-	-	-	-
Adulthood	0.61*	0.35 - 1.07	60.02*	35.31 - 80.51	30.3*	13.15 - 55.51	0.98*	0.14 - 6.54
Vejez	0.85*	0.47 - 1.52	51.96*	23.36 - 79.34	25.53*	7.8 - 58.16	15.26*	2.32 - 57.68

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



La edad promedio en que diagnosticaron a las personas con deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer fue: a los jóvenes a los 12.25 años; a los adultos a los 43.11 años, y a las personas mayores a los 69.07 años.

**Tabla 168.** Edad promedio diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – curso de vida

Curso de vida	Edad Promedio	IC
Juventud	12.25*	7.94 - 16.57
Adulthood	43.11	36.8 - 49.42
Vejez	69.07	63.24 - 74.9

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** han sido diagnosticadas con deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer el 1.14 %\* de las personas en estrato 1; el 0.5 %\* de las personas en estrato 2; el 0.43 %\* de las personas en estrato 3; y el 0.06 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6.

**Tabla 169.** Indicadores diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – estrato socioeconómico

Estrato	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	1.14*	0.43 - 2.96	71.84*	25.88 - 94.91	8.38*	1.7 - 32.55	-	-
2	0.5*	0.26 - 0.94	45.29*	22.57 - 70.16	32.14*	13.28 - 59.42	11.59*	1.99 - 45.84
3	0.43*	0.24 - 0.76	66.07*	35.87 - 87.14	40.04*	14.86 - 71.87	0.05*	0.01 - 0.26
4, 5 y 6	0.06*	0.02 - 0.22	75.88*	28.23 - 96.18	-	-	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

La edad promedio en la que han sido diagnosticadas las personas en el estrato 1 es de 52.37 años; en estrato 2 de 54.55 años; en estrato 3 de 43.52 años; y en estratos 4, 5 y 6 de 37.91 años, la más temprana.

**Tabla 170.** Edad promedio diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – estrato socioeconómico

Estrato	Edad Promedio	IC
1	52.37	43.13 - 61.61
2	54.55	46.44 - 62.66
3	43.52	32.8 - 54.23
4, 5 y 6	37.91	33.5 - 42.32



**Pertenencia étnica:** han sido diagnosticados alguna vez en su vida con deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer el 0.64 %\* de los indígenas; el 0.13 %\* de los gitanos; el 0.73 %\* de los afrodescendientes, y el 0.5 %\* de las personas sin pertenencia étnica.

**Tabla 171.** Indicadores diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia o alzhéimer – pertenencia étnica

Grupo Étnico	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	0.64*	0.1 - 3.97	99.28	92.32 - 99.94	0.56	0.04 - 7.87	-	-
Gitano	0.13*	0.04 - 0.44	100	100 - 100	-	-	-	-
Afrodescendiente	0.73*	0.25 - 2.09	97.04	88.99 - 99.25	70.67	25.83 - 94.34	-	-
Sin pertenencia étnica	0.5*	0.31 - 0.79	48.65*	29.01 - 68.72	25.11	11.51 - 46.37	6.76*	1.2 - 30.18

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

La edad promedio en la que han sido diagnosticados los indígenas es a los 53.34 años; los gitanos a los 15 años; los afrodescendientes a los 50.78 años, y las personas sin pertenencia étnica a los 50.72 años.

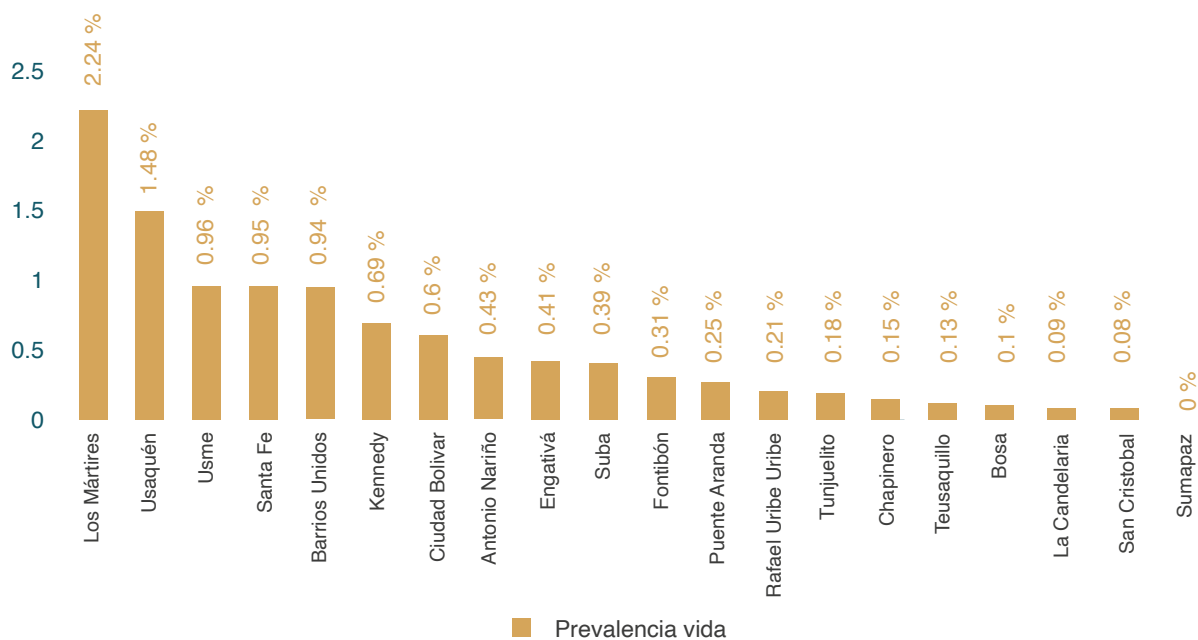
**Tabla 172.** Edad promedio diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – pertenencia étnica

Grupo Étnico	Edad Promedio	IC
Indígena	53.34	52.48 - 54.2
Gitano	15	15 - 15
Afrodescendiente	50.78	39.86 - 61.69
Sin pertenencia étnica	50.72	44.04 - 57.4

**Localidades:** se observa la prevalencia vida más alta en el diagnóstico del deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer en la localidad de Los Mártires con 2.24 %\*, seguida de Usaquén con 1.48 %\*. En la localidad de San Cristóbal se registra la más baja con 0.08 %\*, y Sumapaz no registra datos.



**Gráfica 71. Prevalencia vida del diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer por localidades**



**Tabla 173. Prevalencias vida y año diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer - localidades**

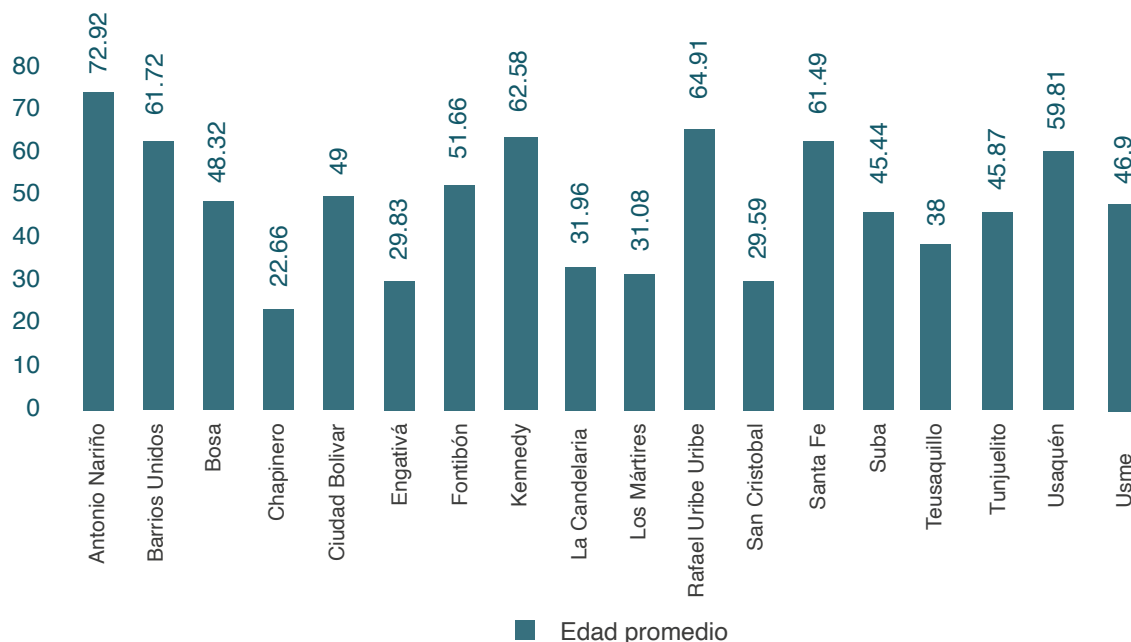
Localidad	Prevalencia			
	Vida		Año	
	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	0.43*	0.15 - 1.21	68.15*	25.13 - 93.17
Barrios Unidos	0.94*	0.34 - 2.62	52.53*	11.96 - 90.01
Bosa	0.1*	0.03 - 0.32	49.92*	8.38 - 91.57
Chapinero	0.15*	0.06 - 0.34	57.78*	20.77 - 87.72
Ciudad Bolívar	0.6*	0.13 - 2.75	88.47*	34.46 - 99.12
Engativá	0.41	0.13 - 1.22	47.48	6.9 - 91.68
Fontibón	0.31*	0.11 - 0.84	65.74*	20.14 - 93.59
Kennedy	0.69*	0.28 - 1.68	14.71*	2.72 - 51.59
La Candelaria	0.09*	0.06 - 0.15	74.57*	59.19 - 85.57
Los Mártires	2.24*	1.03 - 4.79	77.86*	36.46 - 95.56
Puente Aranda	0.25*	0.04 - 1.62*	0	0
Rafael Uribe Uribe	0.21*	0.07 - 0.63	67.57*	14.79 - 96.16
San Cristóbal	0.08*	0.02 - 0.3	37.19*	4.03 - 89.29
Santa Fe	0.95*	0.18 - 4.75	98.32	81.22 - 99.87
Suba	0.39*	0.08 - 1.89	62.8	52.92 - 71.71
Sumapaz	-	-	-	-
Teusaquillo	0.13*	0.03 - 0.62	100	100 - 100
Tunjuelito	0.18*	0.06 - 0.48	36.64*	5.82 - 84.41
Usaquén	1.48*	0.54 - 3.98	57.58*	12.51 - 92.8
Usme	0.96*	0.14 - 6.2	100	100 - 100

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



La edad promedio más alta por localidades en el diagnóstico del deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer se observa en la localidad de Antonio Nariño, con 71.9 años.

**Gráfica 72.** Edad promedio diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – localidades



**Tabla 174.** Edad promedio diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – localidades

Localidad	Promedio Edad	IC
Antonio Nariño	72.92	60.64 - 85.2
Barrios Unidos	61.72*	40.12 - 83.32
Bosa	48.32*	18.34 - 78.3
Chapinero	22.66*	11.7 - 33.62
Ciudad Bolívar	49	40.86 - 57.14
Engativá	29.83*	18.76 - 40.9
Fontibón	51.66	42.07 - 61.25
Kennedy	62.58	56.16 - 68.99
La Candelaria	31.96	23.72 - 40.2
Los Mártires	31.08*	15.98 - 46.18
Rafael Uribe Uribe	64.91	59.15 - 70.67
San Cristóbal	29.59*	1.3 - 60.48
Santa Fe	61.49	59.35 - 63.64
Suba	45.44	40.67 - 50.2
Teusaquillo	38	38 - 38
Tunjuelito	45.87	33.76 - 57.99
Usaquén	59.81	47.34 - 72.28
Usme	46.9	46.7 - 47.1

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Zonas:** han sido diagnosticadas con deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer alguna vez en su vida el 0.52 %\* de las personas en zona

urbana y el 1.6 %\* de personas en zona rural; de estas el 58.07 %\* en zona urbana y el 4.27 %\* en zona rural fueron diagnosticadas el último año.

**Tabla 175.** Indicadores diagnóstico de deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – zona

Zona	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	0.52*	0.34 - 0.79	58.07*	38.36 - 75.5	28.51*	14.63 - 48.12	5.6*	1 - 25.88
Rural	1.6*	0.79 - 3.21	4.27*	2.02 - 8.77	-	-	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

La edad promedio en la cual las personas en zona urbana han sido diagnosticadas con deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer es de 51.13 años en zona urbana y 27.52 años en zona rural.

**Tabla 176.** Edad promedio diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer – zona

Zona	Edad Promedio	IC
Urbana	51.13	45.51 - 56.75
Rural	27.52	19.7 - 35.34

### 3.6. Diagnóstico de epilepsia

En los últimos 12 meses el 0.84 %\* de la población (de 12 años en adelante) ha tenido convulsiones o crisis epilépticas.

**Sexo:** el 1.12 %\* de los hombres y al 0.59 %\* de las mujeres han tenido convulsiones o crisis epilépticas. La población intersexual no registra datos.

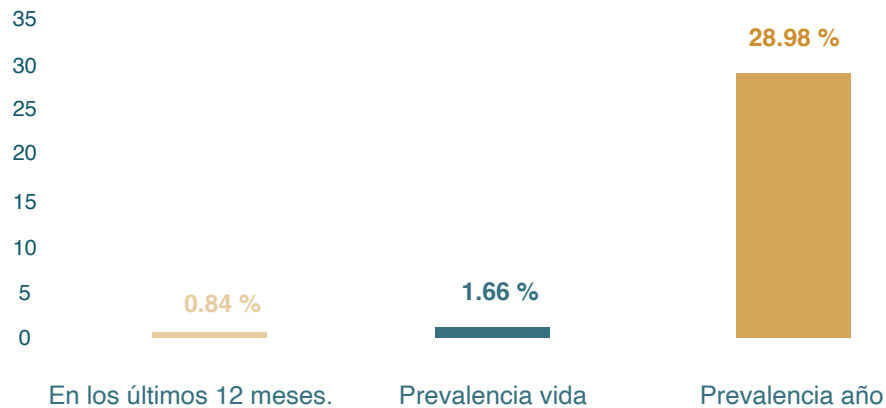
El 1.66 % de la población ha sido diagnosticada alguna vez en su vida con epilepsia, y corresponde al 2.05 %\* de los hombres y al 1.31 %\* de las mujeres; de estas personas el 28.98 %\* fue diagnosticada con epilepsia en el último año: 20.54 %\* de los hombres y 41.02 %\* de las mujeres.

**Tabla 177.** Indicadores de epilepsia total población y por sexo

Epilepsia	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido convulsiones o crisis epilépticas?		Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC	%	IC
	Total	0.84*	0.57 - 1.22	1.66	1.26 - 2.18	28.98*
Hombre	1.12*	0.64 - 1.95	2.05*	1.41 - 2.95	20.54*	10.95 - 35.2
Mujer	0.59*	0.4 - 0.87	1.31*	0.87 - 1.95	41.02*	21.06 - 64.45

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Gráfica 73. Indicadores de epilepsia - total población****¿Ha tenido convulsiones o crisis epilépticas?**

Para las personas de 18 y más años, se determinó incidencia año, incidencia mes, y la edad promedio en que fueron diagnosticadas con epilepsia. En el último año, el 8.78 %\* de las personas fueron diagnosticadas por primera vez con epilepsia, que atañe al 0.31 %\* de los hombres y al 21.01 %\* de las mujeres; mientras el diagnóstico por primera vez en el último mes

es de 0.11 %\* en la población general y de 0.19 %\* en los hombres, en las mujeres no se registran datos.

La edad promedio para el diagnóstico de epilepsia es de 24.87 años en la población general, 20.59 años en los hombres y 31.05 años en las mujeres.

**Tabla 178. Incidencia y edad promedio en el diagnóstico de epilepsia, total población y por sexo**

Epilepsia	Incidencia año		Incidencia mes		Edad promedio	
	%	IC	%	IC	#	IC
Total	8.78*	1.4 - 39.48	0.11*	0.02 - 0.74	24.87	16.84 - 32.9
Hombre	0.31*	0.08 - 1.13	0.19*	0.03 - 1.28	20.59	16.1 - 25.08
Mujer	21.01*	3.63 - 65.28	-	-	31.05	14.92 - 47.17

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Curso de vida:** en los últimos 12 meses han tenido convulsiones o crisis epilépticas el 1.08 %\* de los adolescentes; el 1.05 %\* de los jóvenes; el 0.9 %\* de los adultos, y el 0.29 %\* de las personas mayores. Han sido diagnosticados con epilepsia alguna vez en su vida el 2.81 %\* de los adolescentes; el 1.05 %\* de los jóvenes;

el 1.74 %\* de los adultos, y el 1.58 %\* de los adultos mayores. De estas, personas fueron diagnosticadas en el último año: el 33.44 %\* de los adolescentes; el 27.32 %\* de los jóvenes; el 19.06 %\* de los adultos, y el 57.88 %\* de los adultos mayores.

**Tabla 179.** Indicadores de epilepsia, curso de vida

Curso de vida	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido convulsiones o crisis epilépticas?		Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC	%	IC
Adolescencia	1.08*	0.49 - 2.37	2.81*	1.42 - 5.51	33.44*	11.73 - 65.49
Juventud	1.05*	0.58 - 1.89	1.05*	0.6 - 1.84	27.32*	10.35 - 55.02
Adulthood	0.9*	0.5 - 1.63	1.74*	1.21 - 2.5	19.06*	10.15 - 32.92
Vejez	0.29*	0.14 - 0.63	1.58*	0.67 - 3.72	57.88*	22.42 - 86.73

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

Fueron diagnosticadas con epilepsia por primera vez en el último año 0.7 %\* de los jóvenes; el 0.07 %\* de los adultos, y el 42.76 %\* de los adultos mayores. En tanto que el 0.7 % de los jóvenes fueron diagnosticados por primera vez en el último mes con esta condición.

La edad promedio en que son diagnosticados con epilepsia es de 13.6 años en los jóvenes, 20.44 años en los adultos, y 47.88 años en las personas mayores.

**Tabla 180.** Indicadores de epilepsia por curso de vida

Curso de vida	Incidencia año		Incidencia mes		Edad promedio	
	%	IC	%	IC	#	IC
Juventud	0.7*	0.1 - 4.5	0.7*	0.1 - 4.5	13.6	10.49 - 16.7
Adulthood	0.07*	0.01 - 0.43	-	-	20.44	16 - 24.89
Vejez	42.76*	9.24 - 84.57	-	-	47.88	28.63 - 67.13

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** han tenido convulsiones o crisis epilépticas durante el último año el 1.09 %\* de las personas en estrato 1; el 0.5 %\* de las personas en estrato 2; el 1.36 %\* de las personas en estrato 3; y el 0.34 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6. Han sido diagnosticadas alguna vez en la vida con epilepsia: el 1.62 %\* de las personas en estrato 1; el

1.42 %\* de las personas en estrato 2; el 2.11 %\* de las personas en estrato 3; y el 1.28 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6. Y de estas personas, fueron diagnosticadas en el último año: el 44.78 %\* de las personas en estrato 1; el 33.06 %\* de las personas en estrato 2; el 23.45 %\* de las personas en estrato 3; y el 0.45 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6.

**Tabla 181.** Indicadores de epilepsia estrato socioeconómico

Estrato	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido convulsiones o crisis epilépticas?		Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC	%	IC
1	1.09*	0.52 - 2.28	1.62*	0.93 - 2.8	44.78*	19.88 - 72.61
2	0.5*	0.33 - 0.77	1.42*	0.92 - 2.19	33.06*	13.98 - 60.02
3	1.36*	0.72 - 2.57	2.11*	1.32 - 3.35	23.45*	11.3 - 42.41
4, 5 y 6	0.34*	0.14 - 0.86	1.28*	0.64 - 2.53	0.45*	0.08 - 2.56

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



Entre las personas de 18 años y más, fueron diagnosticadas por primera vez en el último año: el 1.23 %\* en el estrato 1 ; el 22.03 %\* en el estrato 2; y el 0.05 %\* en el estrato 3. Mientras el 0.88 %\* de las personas mayores en el estrato 1 fueron diagnosticadas por primera vez en el último mes.

La edad promedio para el diagnóstico de epilepsia en el estrato 1 es de 26.81 años, en el estrato 2 de 32.12 años, en el estrato 3 de 18.17 años y en los estratos 4, 5 y 6 de 20,97 años.

**Tabla 182.** Incidencia y edad promedio en el diagnóstico de epilepsia – estrato socioeconómico

Estrato	Incidencia año		Incidencia mes		Edad promedio	
	%	IC	%	IC	#	IC
1	1.23*	0.27 - 5.45	0.88*	0.13 - 5.87	26.81	16.2 - 37.42
2	22.03*	3.82 - 66.76	0	0	32.12	15.75 - 48.49
3	0.05*	0.02 - 0.2	0	0	18.17	13.69 - 22.64
4, 5 y 6	0	0	0	0	20.97	14.18 - 27.77

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Pertenencia étnica:** en los últimos 12 meses han sufrido convulsiones o crisis epilépticas el 0.67 %\* de los indígenas; el 3.57 %\* de los gitanos; el 2.03 %\* de los afrodescendientes, y el 0.75 %\* de las personas sin pertenencia étnica.

5.23 %\* de los afrodescendientes; y el 1.37 % de las personas sin pertenencia étnica. De estas personas, fueron diagnosticadas en el último año: el 37.18 %\* de los indígenas; el 45 %\* de los afrodescendientes; y el 23.21 %\* de las personas sin pertenencia étnica.

Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con epilepsia el 1.32 %\* de los indígenas; el

**Tabla 183.** Indicadores de epilepsia – pertenencia étnica

Grupo étnico	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido convulsiones o crisis epilépticas?		Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	0.67*	0.19 - 2.38	1.32*	0.49 - 3.5	37.18*	6.78 - 82.8
Gitano	3.57*	0.57 - 19.37	-	-	-	-
Afrodescendientes	2.03*	0.42 - 9.38	5.23*	2.18 - 11.99	45*	11.82 - 83.32
Sin pertenencia étnica	0.75*	0.54 - 1.02	1.37	1.08 - 1.75	23.21*	14.84 - 34.4

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

Fueron diagnosticadas por primera vez en el último año el 34.17 %\* de las personas mayores afrodescendientes y el 0.26 %\* de las personas sin pertenencia étnica; y fueron diagnosticadas por primera vez con esta condición en el último mes el 0.16 %\* de las personas mayores sin pertenencia étnica.

La edad promedio del diagnóstico de epilepsia en las personas indígenas es de 25.3 años, en las personas afrodescendientes de 38.33 años y en las personas sin pertenencia étnica es de 20.12 años.



**Tabla 184.** Incidencia y edad promedio en el diagnóstico de epilepsia pertenencia étnica

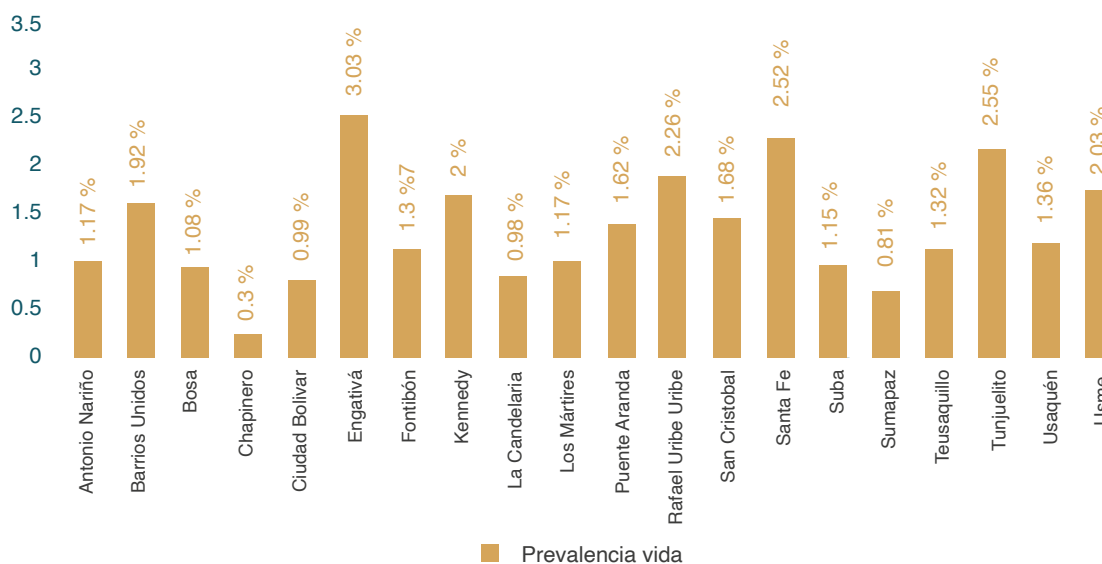
Grupo étnico	Incidencia Año		Incidencia Mes		Edad promedio	
	%	IC	%	IC	#	IC
Indígena	-	-	-	-	25.3	15.07 - 35.53
Afrodescendientes	34.17*	5.35 - 82.66	-	-	38.33	14.53 - 62.12
Sin pertenencia étnica	0.26*	0.08 - 0.89	0.16*	0.02 - 1.02	20.12	16.01 - 24.22

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** la desagregación de los datos por localidades debe tomarse con precaución y solo como indicativa. En las localidades de Engativá (2.33 %\*) y Tunjuelito (2.03 %\*) se observan las tasas más altas de personas con convulsiones o crisis epilépticas en el último

año. En tanto las mayores tasas de prevalencia de vida en el diagnóstico de epilepsia se observan en la localidad de Engativá (3.03 %\*) y Tunjuelito (2.55 %\*); y de prevalencia año en las localidades de Tunjuelito (79.57 %\*) y Suba (65.63 %\*).

**Gráfica 74.** Indicadores epilepsia por localidades



**Tabla 185.** Indicadores epilepsia por localidades

Localidad	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido convulsiones o crisis epilépticas?		Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	0.82*	0.38 - 1.76	1.17*	0.57 - 2.38	35.12*	9.41 - 73.84
Barrios Unidos	1.64*	0.54 - 4.9	1.92*	0.66 - 5.48	9.77*	1.7 - 40.48
Bosa	0.42*	0.16 - 1.11	1.08*	0.5 - 2.31	51.56*	18.79 - 83.04
Chapinero	0.16*	0.07 - 0.36	0.3*	0.16 - 0.58	49.34*	22.48 - 76.59
Ciudad Bolívar	0.68*	0.27 - 1.66	0.99*	0.43 - 2.26	22.91*	5.26 - 61.43



Engativá	2.33*	0.78 - 6.74	3.03*	1.25 - 7.16	10.13*	1.58 - 44.16
Fontibón	0.28*	0.1 - 0.75	1.37*	0.63 - 2.92	21.36*	5.06 - 58.07
Kennedy	0.78*	0.37 - 1.66	2*	1.11 - 3.59	13.78*	3.83 - 39.1
La Candelaria	0.94	0.8 - 1.09	0.98	0.8 - 1.19	36.19	29.46 - 43.51
Los Mártires	0.38*	0.17 - 0.87	1.17*	0.68 - 2	35.74*	16.07 - 61.76
Puente Aranda	1.04*	0.46 - 2.3	1.62*	0.87 - 2.98	14.97*	3.03 - 49.78
Rafael Uribe Uribe	0.56*	0.16 - 1.9	2.26*	1.22 - 4.15	24.86*	7.22 - 58.47
San Cristóbal	0.53*	0.18 - 1.52	1.68*	0.82 - 3.42	39.13*	11.03 - 76.91
Santa Fe	1.36*	0.69 - 2.66	2.52*	1.35 - 4.68	15.67*	4.88 - 40.24
Suba	0.1*	0.03 - 0.4	1.15*	0.32 - 4.12	65.63*	15.99 - 95.04
Sumapaz	0	0	0.81*	0.27 - 2.42	0	0
Teusaquillo	0.78*	0.3 - 2.02	1.32*	0.61 - 2.82	1.13*	0.19 - 6.38
Tunjuelito	2.03*	0.67 - 5.97	2.55*	1.02 - 6.23	79.57*	37.38 - 96.21
Usaquén	0.99*	0.43 - 2.27	1.36*	0.59 - 3.13	15.22*	3.75 - 45.26
Usme	1.54*	0.51 - 4.59	2.03*	0.81 - 5.02	54.42*	16.27 - 88.01

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

En la localidad de Suba se observa la edad más tardía en el diagnóstico de epilepsia, con 60.94 años; y la más temprana en la localidad

de Santa Fe, con 11.57 años. Cabe aclarar que la edad promedio se calcula sobre las personas con 18 y más años.

**Tabla 186.** Edad promedio diagnóstico de epilepsia por localidades

Localidad	Edad promedio	IC
Antonio Nariño	19.73	4.13 - 35.33
Barrios Unidos	26.14	11.91 - 40.37
Bosa	14.9	7.29 - 22.51
Chapinero	14.06	8.49 - 19.62
Ciudad Bolívar	26.95	19.88 - 34.02
Engativá	21.49	15.73 - 27.25
Fontibón	29.25	20.66 - 37.84
Kennedy	12.38	4.83 - 19.93
La Candelaria	17.71	14.04 - 21.37
Los Mártires	23.88	18.58 - 29.17
Puente Aranda	21.57	7.09 - 36.04
Rafael Uribe Uribe	20.99	9.69 - 32.28
San Cristóbal	23.16	12.97 - 33.35
Santa Fe	11.57	6.83 - 16.3
Suba	60.94	46.26 - 75.61
Sumapaz	13.47	13.47 - 13.47
Teusaquillo	12.63	3.54 - 21.73
Tunjuelito	24.67	9.81 - 39.52
Usaquén	18.28	7.59 - 28.97
Usme	31.96	16.57 - 47.35



**Zonas:** han tenido convulsiones o crisis epilépticas en los últimos 12 meses: el 0.84 %\* de las personas en zona urbana y el 0.82 % de las personas en zona rural. Han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con epilepsia de estas personas el 0.84 %\* de

las personas en zona urbana y el 0.82 % de las personas en zona rural. Y fueron diagnosticadas en el último año el 28.79 %\* de las personas en zona urbana y el 90.23 % de las personas en zona rural.

**Tabla 187.** Indicadores epilepsia - zona

Zona	En los últimos 12 meses, ¿ha tenido convulsiones o crisis epilépticas?		Prevalencia de vida		Prevalencia año	
	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	0.84*	0.57 - 1.23	0.84*	1.26 - 2.18	28.79*	17.2 - 44.03
Rural	0.82	0.71 - 0.94	0.82	0.9 - 2.91	90.23	76.12 - 96.39

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

El 8.81 %\* de las personas de 18 años y más en zona urbana fueron diagnosticadas por primera vez con epilepsia en el último año, y el 0.11 % en el último mes.

La edad promedio para el diagnóstico de epilepsia en zona urbana es de 28.45 años y en zona rural de 30.44 años.

**Tabla 188.** Incidencia y edad promedio en el diagnóstico de epilepsia - zona

Zona	Incidencia año		Incidencia mes		Edad promedio	
	%	IC	%	IC	#	IC
Urbana	8.81*	1.41 - 39.58	0.11	0.02 - 0.74	24.85	16.79 - 32.91
Rural	0	0	0	0	30.44	27.25 - 33.64

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

### 3.7. Diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas

El 0.66 % de las personas han sido diagnosticadas alguna vez en su vida con un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas.

**Sexo:** han recibido este diagnóstico el 1.24 % de los hombres, el 0.09 % de las mujeres y el 9.24 % de las personas intersexuales. El 37.18 % de las personas recibieron el diagnóstico en el último año, esto es el 40.47 % de los hombres y el 13.74 % de las mujeres; el 100 % de las personas intersexuales recibieron

el diagnóstico hace más de un año. Las diagnosticaron por primera vez en el último año al 21.03 %\* de las personas, que corresponde al 22.71 %\* de los hombres y al 9.99 %\* de las mujeres.

La edad promedio del diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas en la población general es de 29.75 años, en hombres es de 30.03 años, en mujeres es de 25.98\* años y en personas intersexuales es de 30 años.

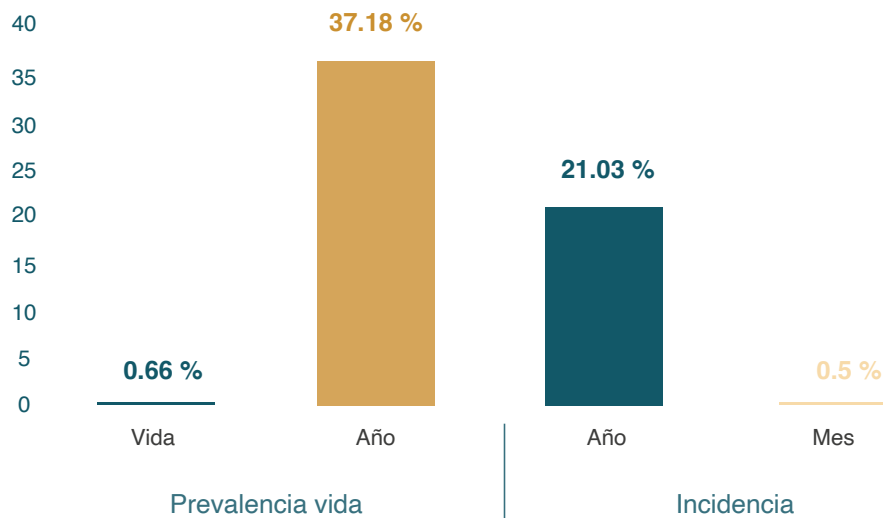


**Tabla 189.** Indicadores diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas – total y sexo

Sustancias psicoactivas	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Total	0.66	0.4 - 1.07	37,18	18.64 - 60.47	21,03*	8,76 - 42,48	0,5*	0.07 - 3.48
Hombre	1.24	0.72 - 2.13	40,47	19.24 - 65.99	22,71*	9,02 - 46,57	0	0
Mujer	0.09	0.05 - 0.16	13,74	3.66 - 40.02	9,99*	2,23 - 35,02	7,26*	1,03 - 36,98
Intersexual	9.24	1.1 - 48.3	0	0	0	0	0	0
Sustancias psicoactivas	Edad promedio						IC	
Total	29.75						25.43 - 34.07	
Hombre	30.03						25.24 - 34.82	
Mujer	25.98*						18.01 - 33.95	
Intersexual	30						30 - 30	

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Gráfica 75.** Indicadores diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas, total



**Curso de vida:** han sido diagnosticados alguna vez con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas: el 0.71 % de los jóvenes; el 0.83 % de los adultos; y el 0.42 % de las personas mayores; de los adolescentes no se registran datos. En el último año fueron diagnosticados con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas: el 41.92 % de los jóvenes; el 41.91 %\* de los adultos; y el 0.54 % de las personas mayores. El 0.77 %\* de los adultos fueron diagnosticados por primera vez

en el último mes, en los demás grupos etarios no se registran datos del último mes. Mientras que fueron diagnosticados por primera vez en el último año: el 26.7 %\* de los jóvenes; el 21 % de los adultos; y el 9.61 %\* de las personas mayores.

La edad promedio de diagnóstico con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas es de 18.97 años en la juventud, 31.77 años en la adultez y 40,16\* años en la vejez.



**Tabla 190.** Indicadores diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas – curso de vida

Sustancias psicoactivas	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Adolescencia	0	0	0	0	0	0	0	0
Juventud	0.71	0.4 - 1.24	41,92	17.45 - 71.13	26,7*	9,53 - 55,74	0	0
Adulthood	0.83	0.42 - 1.64	41,91*	15.97 - 73.26	21*	5,93 - 52,88	0,77*	0,1 - 5,57
Vejez	0.42	0.12 - 1.49	0,54	0.1 - 2.73	9,61*	0,92 - 54,85	0	0
Edad promedio								IC
Adolescencia	-							-
Juventud	18.97							17.23 - 20.71
Adulthood	31.77							25.5 - 38.04
Vejez	40.16*							24.72 - 55.59

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** han sido diagnosticadas con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas el 1.16 % de las personas en estrato 1; el 0.59 % de las personas en estrato 2; el 0.46 % de las personas en estrato 3; el 1.37 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; y el 0.42 % de las personas en zona rural. Fueron diagnosticadas en el último año el 59.96 %\* de las personas en estrato 1; el 22.69 % de las personas en estrato 2; el 60.31 % de las personas en estrato 3; y el 9.12 % de las personas en estratos 4, 5 y 6. El 100 % las personas en zona rural fueron diagnosticadas hace más de un año.

Diagnosticaron por primera vez con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas en el último año: al 65.5 %\* de las personas en estrato 1; al 5.35 %\* de las personas en estrato 2; al 17.74 %\* de las personas en estrato 3; y al 9.43 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6.

La edad promedio de diagnóstico con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas fue de 38.81 años en estrato 1; de 26.23 años en estrato 2; de 25.55 años en estrato 3; de 35.21 años en estratos 4, 5 y 6; y de 20 años en personas en zona rural.

**Tabla 191.** Indicadores diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas – estrato socioeconómico

Sustancias psicoactivas	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1	1.16	0.5 - 2.7	59,96*	22.38 - 88.61	65,5*	27,3 - 90,57	-	-
2	0.59	0.24 - 1.45	22,69	5.96 - 57.63	5,35*	1,32 - 19,24	1,11*	0,13 - 8,65
3	0.46	0.24 - 0.86	60,31	31.01 - 83.7	17,74*	4,49 - 49,76	-	-
4,5 y 6	1.37	0.41 - 4.52	9,12	0.98 - 50.41	9,43*	0,98 - 52,38	-	-
Rural	0.42	0.14 - 1.25	-	-	-	-	-	-





Estrato	Edad promedio	IC
1	38.81	28.06 - 49.57
2	26.23	23.89 - 28.58
3	25.55	19.35 - 31.76
4,5 y 6	35.21	24.7 - 45.73
Rural	20	20 - 20

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Pertenencia étnica:** han sido diagnosticados con un trastorno por uso de sustancias psicoactivas alguna vez en su vida: el 1.69 % de los indígenas; el 8.11 % de los gitanos; el 0.31 % de los afrodescendientes, y el 0.62 % de las personas sin pertenencia étnica. Recibieron el diagnóstico durante los últimos 12 meses: el 37.74 %\* de los indígenas; y el 38.88 % de las personas sin pertenencia étnica; los afrodescendientes y los gitanos recibieron el diagnóstico hace más de un año. Mientras que el 36.22 %\* de los indígenas y el 19.47 %\* de las personas sin pertenencia étnica recibieron

por primera vez el diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas en el último año, y el 0.62 %\* de las personas sin pertenencia étnica recibieron el diagnóstico por primera vez en el último mes.

En cuanto a la edad promedio en la que fueron diagnosticadas, se encuentra que en las personas indígenas es de 39.4\* años; en los gitanos de 25 años; en las afrodescendientes de 19.86 años; y en las personas sin pertenencia étnica de 28.52 años.

**Tabla 192.** Indicadores diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas – pertenencia étnica

Grupo étnico	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Indígena	1.69	0.5 - 5.53	37,74*	4.92 - 87.65	36,22*	4,5 - 87,26	-	-
Gitano	8.11	1.18 - 39.47	-	-	-	-	-	-
Afrodescendiente	0.31	0.08 - 1.17	-	-	-	-	-	-
Sin pertenencia étnica	0.62	0.35 - 1.08	38,88	17.79 - 65.15	19,47*	7,21 - 42,91	0,62*	0,08 - 4,34
Grupo étnico	Edad promedio				IC			
Indígena	39.4*				24.8 - 54			
Gitano	25				25 - 25			
Afrodescendiente	19.86				18.23 - 21.49			
Sin pertenencia étnica	28.52				24.41 - 32.62			

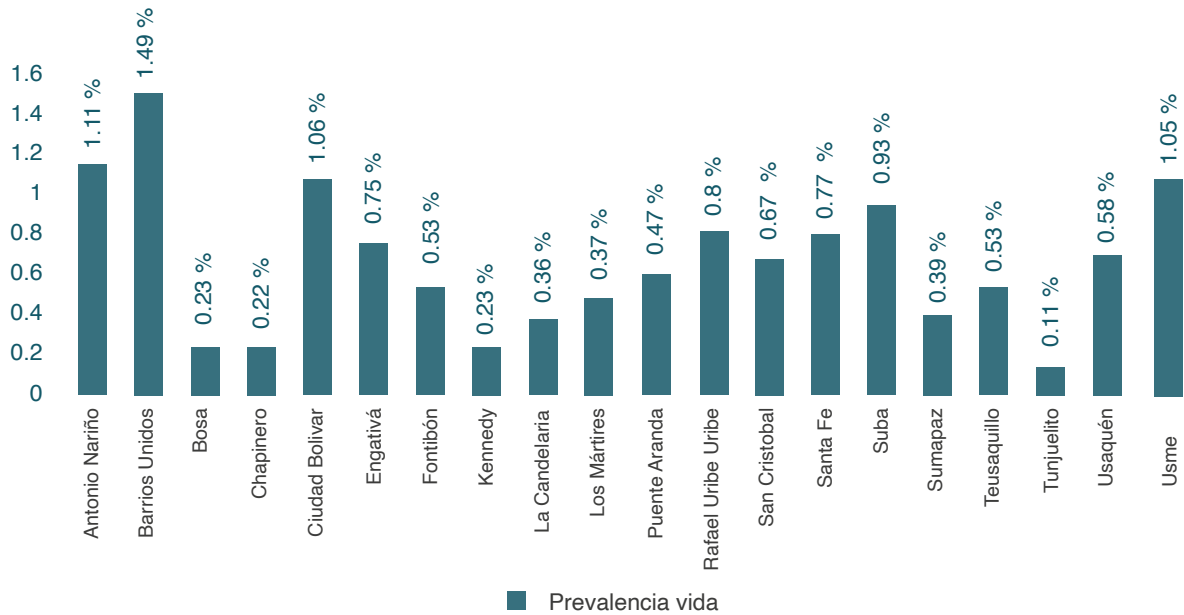
\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



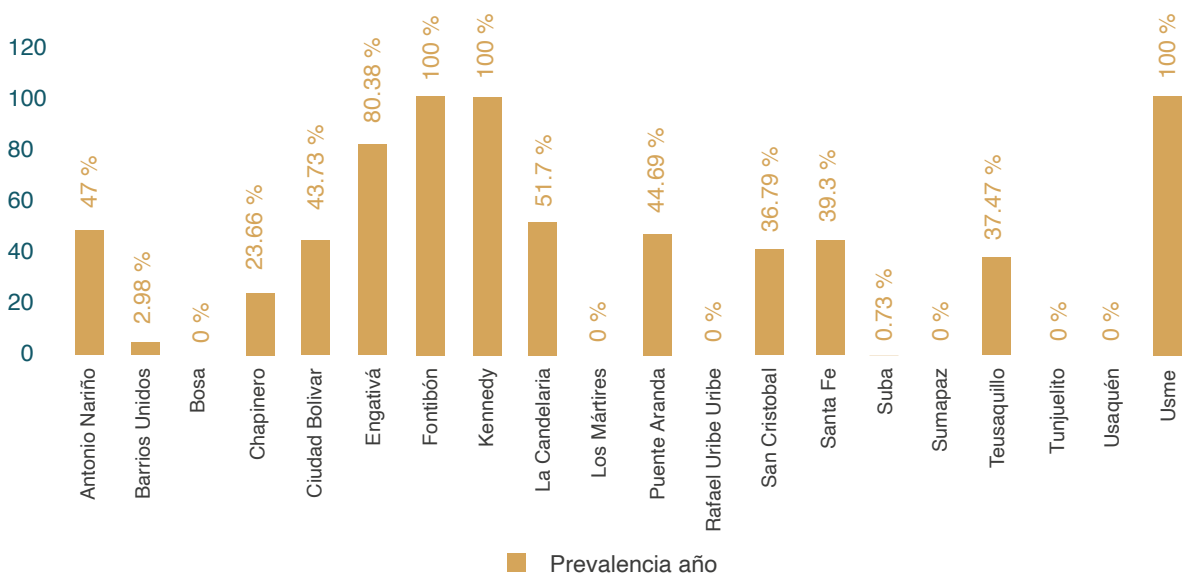
**Localidades:** las mayores tasas de prevalencia de vida del diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas se registran en Barrios Unidos (1.49 %) y Antonio Nariño (1.11 %), mientras las menores se registran en Tunjuelito (0.11 %) y Chapinero (0.22 %). En tanto que

las localidades de Fontibón, Kennedy y Usme presentan una prevalencia año del 100 %, se debe tener en cuenta que no necesariamente corresponde a diagnósticos de primera vez en el último año.

**Gráfica 76.** Prevalencia vida diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas – localidades



**Gráfica 77.** Prevalencia año diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas – localidades





**Tabla 193.** Indicadores diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas - localidades

Localidad	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	1.11	0.63 - 1.97	47,58	21.59 - 74.95	14,53*	2,73 - 50,74	-	-
Barrios Unidos	1.49	0.56 - 3.92	2,98	0.52 - 15.4	0,95*	0,13 - 6,73	-	-
Bosa	0.23	0.06 - 0.93	0	0	-	-	-	-
Chapinero	0.22	0.08 - 0.59	23,66*	4.94 - 64.89	12,88*	1,75 - 55,09	-	-
Ciudad Bolívar	1.06	0.39 - 2.85	43,73*	8.28 - 87	53,53*	13,38 - 89,58	-	-
Engativá	0.75	0.24 - 2.29	80,38*	35.3 - 96.85	-	-	-	-
Fontibón	0.53	0.15 - 1.78	100	100 - 100	95,04	65,96 - 99,48	-	-
Kennedy	0.23	0.06 - 0.89	100	100 - 100	-	-	-	-
La Candelaria	0.36	0.21 - 0.6	51,07	25.54 - 76.06	31,28	14,47 - 55,04	-	-
Los Mártires	0.37	0.09 - 1.54	0	0	-	-	-	-
Puente Aranda	0.47	0.16 - 1.33	44,69*	7.9 - 88.39	-	-	-	-
Rafael Uribe Uribe	0.8	0.25 - 2.51	0	0	-	-	-	-
San Cristóbal	0.67	0.27 - 1.61	36,79*	8.95 - 77.5	32,6*	7,19 - 75,12	-	-
Santa Fe	0.77	0.36 - 1.64	39,3*	10.43 - 78.25	58,23*	20,57 - 88,24	32,4*	5,38 - 80,15
Suba	0.93	0.17 - 4.81	0,73	0.1 - 5.24	4,66*	0,33 - 41,89	-	-
Sumapaz	0.39	0.13 - 1.19	0	0	-	-	-	-
Teusaquillo	0.53	0.23 - 1.24	37,47*	8.19 - 80.11	-	-	-	-
Tunjuelito	0.11	0.03 - 0.43	0	0	-	-	-	-
Usaquén	0.68	0.11 - 4.09	0	0	-	-	-	-
Usme	1.05	0.21 - 5.03	100	100 - 100	81,31*	21,19 - 98,6	-	-
Localidad	Edad promedio			IC				
Antonio Nariño	22.09			15.55 - 28.63				
Barrios Unidos	27.49*			11.48 - 43.51				
Bosa	20.73			17.43 - 24.02				
Chapinero	19.15			14.29 - 24.01				
Ciudad Bolívar	37.37*			21.54 - 53.2				
Engativá	24.18			18.39 - 29.97				
Fontibón	20.97			18.41 - 23.52				
Kennedy	39.95			35.21 - 44.68				
La Candelaria	26.9			21.97 - 31.82				
Los Mártires	42.38*			29.51 - 55.24				
Puente Aranda	33.87*			20.32 - 47.42				
Rafael Uribe Uribe	25.63			18.57 - 32.7				
San Cristóbal	21.66*			12.5 - 30.83				
Santa Fe	26.28			21.99 - 30.57				
Suba	28.48			22.06 - 34.9				
Sumapaz	20			20 - 20				



Teusaquillo	32.49	23.75 - 41.22
Tunjuelito	51.6	50.37 - 52.83
Usaquén	29.9	29.64 - 30.16
Usme	41.39*	28.7 - 54.09

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

La edad promedio más tardía en la que se diagnostica el trastorno por uso de sustancias psicoactivas se observa en la localidad de Tunjuelito, con 51.6 años; y la más temprana en Sumapaz, a los 20 años.

**Zonas:** el 0.66 % de las personas en la zona urbana han sido diagnosticadas con trastorno por uso de sustancias psicoactivas alguna vez en su vida, al igual que el 0.9 % de las personas en zona rural. Recibieron el diagnóstico en el último año el 37.18 % de las personas en zona

urbana y el 39.05 % de las personas en zona rural. Ahora bien, el 21.12 %\* de las personas en zona urbana recibieron por primera vez el diagnóstico en el último año; y el 0.5 % lo recibieron por primera vez en el último mes; el 100 % de las personas en zona rural lo recibieron por primera vez hace más de un año.

La edad promedio en la que fueron diagnosticadas las personas en zona urbana es a los 29.76 años, y en zona rural a los 26.66 años.

**Tabla 194.** Indicadores diagnóstico de trastorno por uso de sustancias psicoactivas - zona

Zona	Prevalencia				Incidencia			
	Vida		Año		Año		Mes	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	0.66	0.4 - 1.07	37,18	18.57 - 60.56	21,12*	8,79 - 42,66	0,5*	0,07 - 3,49
Rural	0.9	0.53 - 1.53	39,05	15.3 - 69.44	-	-	-	-
Zona	Edad promedio				IC			
Urbana	29.76				25.43 - 34.1			
Rural	26.66				24.08 - 29.25			

# Capítulo 3

Salud mental y COVID-19





## 1. Sucesos ocurridos durante la pandemia de COVID-19

La encuesta indagó sobre varios aspectos relacionados con la pandemia por la COVID-19. A continuación, se presentan los resultados:

Durante la pandemia el 35.2 % de las personas perdieron su trabajo y el 51.96 % afrontó problemas y/o dificultades económicas graves. El 36.68 % de las y los encuestados se contagió con COVID-19; el 34.79 % se contagió más de dos veces; el 26.76 % desarrolló problemas graves de salud por COVID-19; el 36.09 % piensa que quedó con algún problema de salud después del COVID-19. El 61.46 % tuvo algún miembro de su familia contagiado con COVID-19; el 0.51 % perdió a su esposo/a, pareja o compañero/a sentimental por fallecimiento como consecuencia del COVID-19; el 30.23 %

de las personas manifestaron que perdieron algún miembro de su familia o una persona cercana por la misma razón. El 41.54 % de las personas manifestaron que un miembro de su familia o alguien muy cercano a ellas enfermó gravemente como consecuencia del COVID-19; el 5.28 % manifestó que en los últimos 12 meses sufrió, o algún familiar sufrió, un problema grave asociado al COVID-19; y el 32.68 % aseguró tuvo un cambio importante en su vida como consecuencia de la pandemia (un cambio significativo en su lugar de estudio, cambio de lugar de residencia).

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

**Tabla 195.** Situaciones en pandemia – total población.

Situaciones en pandemia	SÍ				NO			
	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Perdió su trabajo durante la pandemia?	35.2	32.84 - 37.64	2.191.444	2.010.694 – 2.372.194	64.8	62.36 - 67.16	4.034.034	3.812.010 - 4.256.058
¿Tuvo problemas o dificultades económicas graves durante este período o como consecuencia de la pandemia?	51.96	49.71 - 54.2	3.234.615	3.010.604 – 3.458.625	48.04	45.8 - 50.29	2.990.864	2.831.750 - 3.149.977
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19?	36.68	34.6 - 38.82	2.499.138	2.334.828 – 2.663.449	63.32	61.18 - 65.4	4.313.339	4.067.010 – 4.559.668
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19 dos o más veces?	34.79	31.49 - 38.24	869.465	761.051 – 977.880	65.21	61.76 - 68.51	1.629.673	1.502.829 – 1.756.517
¿Tuvo problemas graves de salud por el COVID-19?	26.76	23.94 - 29.79	668.816	582.064 – 755.568	73.24	70.21 - 76.06	1.830.322	1.691.862 – 1.968.782
¿Considera que quedó con algún problema de salud después del COVID-19?	36.09	32.77 - 39.54	901.854	799.055 – 1.004.654	63.91	60.46 - 67.23	1.597.284	1.461.477 – 1.733.091
¿Algún miembro de su familia estuvo contagiado con COVID-19?	61.46	59.39 - 63.49	4.186.862	3.960.995 – 4.412.729	38.54	36.51 - 40.61	2.625.615	2.450.120 – 2.801.111



Situaciones en pandemia	SÍ				NO			
	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Su esposo/a, pareja o compañero/a sentimental falleció como consecuencia del COVID-19?	0.51*	0.36 - 0.74	31.833*	20.296 – 43.371	99.49	99.26 - 99.64	6.193.645	5.927.244 – 6.460.046
¿Algún miembro de su familia o una persona cercana a usted fallecieron como consecuencia del COVID-19?	30.23	28.33 - 32.19	2.059.117	1.899.664 – 2.218.570	69.77	67.81 - 71.67	4.753.360	4.519.416 – 4.987.304
¿Algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted enfermó gravemente como consecuencia del COVID-19?	41.54	39.56 - 43.54	2.829.823	2.652.867 – 3.006.779	58.46	56.46 - 60.44	3.982.654	3.764.960 – 4.200.348
¿Tuvo algún cambio importante en su vida como consecuencia de la pandemia? (un cambio significativo en su lugar de estudio, cambio de lugar de residencia)	32.68	30.65 - 34.77	2.226.086	2.062.613 – 2.389.559	67.32	65.23 - 69.35	4.586.391	4.342.618 – 4.830.164
¿Usted o su familia han tenido algún problema grave en los últimos 12 meses asociado al COVID-19?	5.28	4.62 - 6.04	359.913	311.305 – 408.521	94.72	93.96 - 95.38	6.452.564	6.173.713 – 6.731.416

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Sexo:** perdieron su trabajo durante la pandemia el 33.84 % de los hombres, el 36.19 % de las mujeres y el 87.18 % de las personas intersexuales. Tuvieron dificultades económicas graves durante la pandemia o como consecuencia de ella el 51.89 % de los hombres, el 51.81 % de las mujeres y el 94.89 % de las personas intersexuales. La situación que con más frecuencia tuvieron que vivir los hombres (62.35 %) y las mujeres (60.65 %) fue que algún miembro de su familia se contagiara

con COVID 19; en las personas intersexuales (94.89 %) fueron los problemas o dificultades económicas graves durante este período o como consecuencia de la pandemia. Esta última situación fue la segunda más frecuente para los hombres (51.89 %) y las mujeres (51.81 %), mientras que para las personas intersexuales la segunda situación que los afectó con más frecuencia (87.18 %) fue la pérdida de su trabajo.



Tabla 196. Situaciones en pandemia – sexo

Situaciones en pandemia	SI					NO			
	Sexo	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Perdió su trabajo durante la pandemia?	Hombre	33.84	30.6 - 37.24	1.002.554	897.954 – 1.107.154	66.16	62.76 - 69.4	1.960.094	1.776.083 – 2.144.104
	Mujer	36.19	33.22 - 39.26	1.174.962	1.045.451 – 1.304.473	63.81	60.74 - 66.78	2.071.892	1.944.831 – 2.198.953
	Intersexual	87.18	58.32 - 97.06	13.928*	0 – 30.944	12.82*	2.94 - 41.68	2.049*	0 – 4.103
¿Tuvo problemas o dificultades económicas graves durante este período o como consecuencia de la pandemia?	Hombre	51.89	48.34 - 55.43	1.537.316	1.360.084 – 1.714.548	48.11	44.57 - 51.66	1.425.331	1.318.031 – 1.532.631
	Mujer	51.81	49.15 - 54.46	1.682.138	1.547.647 – 1.816.629	48.19	45.54 - 50.85	1.564.716	1.455.437 – 1.673.996
	Intersexual	94.89	74.71 - 99.15	15.160*	0 – 32.260	5.11*	0.85 - 25.29	816*	0 – 2.000
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19?	Hombre	36.35	33.17 - 39.66	1.177.044	1.057.549 – 1.296.539	63.65	60.34 - 66.83	2.060.904	1.879.418 – 2.242.389
	Mujer	36.89	34.47 - 39.39	1.312.368	1.205.077 – 1.419.659	63.11	60.61 - 65.53	2.244.866	2.092.636 – 2.397.096
	Intersexual	56.23*	17.22 - 88.81	9.725*	0 – 26.313	43.77*	11.19 - 82.78	7.569*	2.750 – 12.387
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19 dos o más veces?	Hombre	33.68	28.57 - 39.2	396.444	318.241 – 474.648	66.32	60.8 - 71.43	780.600	685.048 – 876.152
	Mujer	35.98	32.1 - 40.06	472.237	401.771 – 542.703	64.02	59.94 - 67.9	840.131	76.1651 – 918.612
	Intersexual	8.06*	0.82 - 48.3	784*	0 – 1.939	91.94	51.7 - 99.18	8.942*	0 – 25.492
¿Tuvo problemas graves de salud por el COVID-19?	Hombre	24.23	19.94 - 29.1	285.153	222.458 – 347.848	75.77	70.9 - 80.06	891.892	789.206 – 994.577
	Mujer	29.23	25.62 - 33.13	383.664	321.782 – 445.545	70.77	66.87 - 74.38	928.705	843.705 – 1.013.704
	Intersexual	-	-	-	-	100	100 - 100	9.725*	0 – 26.316
¿Considera que quedó con algún problema de salud después del COVID-19?	Hombre	28.65	24.38 - 33.35	337.277	278.052 – 396.503	71.35	66.65 - 75.62	839.767	733.910 – 945.625
	Mujer	42.99	38.54 - 47.56	564.235	483.750 – 644.720	57.01	52.44 – 61.46	748.134	669.626 – 826.641
	Intersexual	3.52*	0.3 - 30.82	342*	0 – 948	96.48	69.18 – 99.7	9.383*	0 – 25.963
¿Algún miembro de su familia estuvo contagiado con COVID-19?	Hombre	62.35	59.15 - 65.45	2.018.914	1.828.574 – 2.209.253	37.65	34.55 - 40.85	1.219.035	1.113.556 – 1.324.513
	Mujer	60.65	57.77 - 63.46	2.157.386	2.019.147 – 2.295.624	39.35	36.54 – 42.23	1.399.849	1.264.564 – 1.535.134
	Intersexual	61.08	21.95 - 89.75	10.563*	0 – 27.205	38.92*	10.25 - 78.05	6.732*	2.103 – 11.360





Situaciones en pandemia		SI					NO			
¿Su esposo/a, pareja o compañero/a sentimental falleció como consecuencia del COVID-19?	Hombre	0.5*	0.27 - 0.91	14.787*	5.929 – 23.646	99.5	99.09 - 99.73	2.947.860	2.747.692 – 3.148.028	
	Mujer	0.52*	0.33 - 0.81	16.822*	9.345 – 24.299	99.48	99.19 - 99.67	3.230.032	3.057.143 – 3.402.922	
	Intersexual	1.4*	0.16 - 10.92	224*	0 - 640	98.6	89.08 - 99.84	15.752*	0 – 32.888	
¿Algún miembro de su familia o una persona cercana a usted falleció como consecuencia del COVID-19?	Hombre	27.92	25.31 - 30.7	904.152	815.459 – 992.845	72.08	69.3 - 74.69	2.333.796	2138.668 – 2.528.925	
	Mujer	32.09	29.36 - 34.96	1.141.557	1.011.636 – 1.271.479	67.91	65.04 - 70.64	2.415.677	2.277.843 – 2.553.511	
	Intersexual	77.53*	44.77 - 93.62	13.407*	0 – 30.477	22.47*	6.38 - 55.23	3.887*	1.211 – 6.562	
¿Algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted enfermó gravemente como consecuencia del COVID-19?	Hombre	38.17	35.02 - 41.41	1.235.782	1.118.054 – 1.353.509	61.83	58.59 - 64.98	2.002.167	1.822.159 – 2.182.175	
	Mujer	44.52	42.07 - 47	1.583.663	1.459.240 – 1.708.085	55.48	53 - 57.93	1.973.572	1.841.610 – 2.105.533	
	Intersexual	60.01*	20.88 - 89.51	10.379*	0 – 27.018	39.99*	10.49 - 79.12	6.916*	2.275 – 11.556	
¿Tuvo algún cambio importante en su vida como consecuencia de la pandemia? (un cambio significativo en su lugar de estudio, cambio de lugar de residencia)	Hombre	30.23	27.42 - 33.18	978.685	882.356 – 1.075.013	69.77	66.82 - 72.58	2.259.264	2.065.543 – 2.452.985	
	Mujer	34.65	31.93 - 37.48	1.232.723	1.105.312 – 1.360.134	65.35	62.52 - 68.07	2.324.512	2.181.790 – 2.467.233	
	Intersexual	84.88	57.42 - 95.9	14.679*	0 – 31.825	15.12*	4.1 - 42.58	2.615*	482 – 4.749	
¿Usted o su familia han tenido algún problema grave en los últimos 12 meses asociado al COVID-19?	Hombre	4.7	3.81 - 5.78	152.113	120.411 – 183.814	95.3	94.22 - 96.19	3.085.836	2.880.305 – 3.291.367	
	Mujer	5.8	4.88 - 6.89	206.320	168.880 – 243.761	94.2	93.11 - 95.12	3.350.914	3.171.950 – 3.52.9878	
	Intersexual	8.56*	1.76 - 32.87	1.480*	0 – 3.327	91.44	67.13 - 98.24	15.814*	0 – 32.989	

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Curso de vida:** la situación que con más frecuencia vivieron los adolescentes durante la pandemia fue que algún miembro de su familia estuviera contagiado con COVID-19, con el 63.46 %; la segunda situación más frecuente fue que tuvo algún cambio importante en su vida como consecuencia de la pandemia (un

cambio significativo en su lugar de estudio, cambio de lugar de residencia), con el 42.1 %. La principal situación que tuvieron que afrontar los jóvenes (64.02 %), los adultos (61.2 %) y las personas mayores (58.16 %) durante la pandemia fue que algún miembro de su familia estuviera contagiado con COVID-19, y



la segunda situación más frecuente fue tener problemas o dificultades económicas graves durante este período o como consecuencia

de la pandemia, observado para el 48.35 % de los jóvenes, el 54.48 % de los adultos y el 49.03 % de las personas mayores.

**Tabla 197. Situaciones en pandemia – curso de vida**

Situaciones en pandemia	Curso de vida	SI				NO			
		%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Perdió su trabajo durante la pandemia?	Adolescencia	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juventud	29.55	26.04 - 33.32	435.372	374.530 - 496.214	70.45	66.68 - 73.96	1.037.814	935.035 - 1.140.593
	Adulthood	40.58	37.15 - 44.11	1.431.288	1.278.769 - 1.583.807	59.42	55.89 - 62.85	2.095.723	1.900.817 - 2.29.0628
	Vejez	26.51	22.77 - 30.62	324.784	268.130 - 381.438	73.49	69.38 - 77.23	900.498	818.266 - 982.729
¿Tuvo problemas o dificultades económicas graves durante este período o como consecuencia de la pandemia?	Adolescencia	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juventud	48.35	44.15 - 52.57	712.262	628.501 - 796.023	51.65	47.43 - 55.85	760.924	674.015 - 847.832
	Adulthood	54.48	51.28 - 57.65	1.921.544	1.723.171 - 2.119.917	45.52	42.35 - 48.72	1.605.466	1.474.722 - 1.736.210
	Vejez	49.03	44.88 - 53.21	600.808	522.438 - 679.178	50.97	46.79 - 55.12	624.474	563.248 - 685.699
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19?	Adolescencia	14.56*	10.72 - 19.46	85.446*	59.936 - 11.0956	85.44	80.54 - 89.28	501.553	413.920 - 589.186
	Juventud	40.29	36.11 - 44.62	593.517	507.918 - 679.116	59.71	55.38 - 63.89	879.669	795.420 - 963.919
	Adulthood	40.9	37.65 - 44.22	1.442.423	1.320.586 - 1.564.259	59.1	55.78 - 62.35	2.084.587	1.869.895 - 2.299.280
	Vejez	30.83	26.66 - 35.34	377.753	308.704 - 446.801	69.17	64.66 - 73.34	847.529	776.675 - 918.384
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19 dos o más veces?	Adolescencia	21.08*	10.43 - 37.99	18.013*	4.241 - 31.785	78.92	62.01 - 89.57	674.33*	45.890 - 88.976
	Juventud	40.93	33.29 - 49.04	242.930	174.035 - 311.825	59.07	50.96 - 66.71	350.587	296.679 - 404.494
	Adulthood	36.23	32.19 - 40.48	522.593	444.225 - 60.0962	63.77	59.52 - 67.81	919.829	827.319 - 1.012.340
	Vejez	22.75	17.66 - 28.78	85.929	67.098 - 104.761	77.25	71.22 - 82.34	291.823	225.319 - 358.328
¿Tuvo problemas graves de salud por el COVID-19?	Adolescencia	6.58*	2.59 - 15.69	5.620*	460 - 10.780	93.42	84.31 - 97.41	79.826*	54.813 - 104.840
	Juventud	13.6	10.11 - 18.05	80.707	57.650 - 103.763	86.4	81.95 - 89.89	512.810	429.139 - 596.481
	Adulthood	30.16	26.3 - 34.32	435.025	362.530 - 507.520	69.84	65.68 - 73.7	1.007.398	910.770 - 1.104.026
	Vejez	39.04	30.37 - 48.46	147.465*	102.060 - 192.870	60.96	51.54 - 69.63	230.288	177.906 - 282.669



Situaciones en pandemia	Curso de vida	SI				NO			
		%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Considera que quedó con algún problema de salud después del COVID-19?	Adolescencia	6.9*	2.83 - 15.88	5.899*	720 - 11.079	93.1	84.12 - 97.17	79.547*	54.537 - 104.556
	Juventud	30.21	23.18 - 38.31	179.316*	123.249 - 235.383	69.79	61.69 - 76.82	414.201	346.322 - 482.079
	Adulthood	39.79	35.74 - 43.99	574.008	500.449 - 647.568	60.21	56.01 - 64.26	868.414	770.048 - 966.781
	Vejez	37.76	30.12 - 46.06	142.630	113.853 - 171.408	62.24	53.94 - 69.88	235.122	171.544 - 298.701
¿Algún miembro de su familia estuvo contagiado con COVID-19?	Adolescencia	63.46	56.37 - 70.01	372.522	293.828 - 451.217	36.54	29.99 - 43.63	214.477	169.844 - 259.109
	Juventud	64.02	60.41 - 67.48	943.202	844.061 - 1.042.342	35.98	32.52 - 39.59	529.984	469.653 - 590.316
	Adulthood	61.2	57.94 - 64.37	2.158.573	1.974.022 - 2.343.124	38.8	35.63 - 42.06	1.368.437	1.219.235 - 1.517.640
	Vejez	58.16	54.15 - 62.05	712.565	632.871 - 792.259	41.84	37.95 - 45.85	512.717	454.280 - 571.154
¿Su esposo/a, pareja o compañero/a sentimental falleció como consecuencia del COVID-19?	Adolescencia	-	-	-	-	-	-	-	-
	Juventud	0.17*	0.08 - 0.37	2.466*	502 - 4.429	99.83	99.63 - 99.92	1.470.720	1.353.849 - 1.587.591
	Adulthood	0.57*	0.34 - 0.97	20.200*	9.513 - 30.887	99.43	99.03 - 99.66	3.506.810	3.264.713 - 3.748.907
	Vejez	0.75*	0.47 - 1.18	9.168*	5.010 - 13.325	99.25	98.82 - 99.53	1.216.114	1.119.145 - 1.313.084
¿Algún miembro de su familia o una persona cercana a usted falleció como consecuencia del COVID-19?	Adolescencia	18.3	13.82 - 23.83	107.434	77.189 - 137.680	81.7	76.17 - 86.18	479.565	393.948 - 565.181
	Juventud	26.31	22.31 - 30.74	387.564	312.351 - 462.776	73.69	69.26 - 77.69	1.085.622	991.252 - 1.179.993
	Adulthood	33.59	30.57 - 36.75	1.184.777	1.051.740 - 1.317.814	66.41	63.25 - 69.43	2.342.233	2.143.815 - 2.540.652
	Vejez	30.96	27.68 - 34.45	379.342	330.326 - 428.358	69.04	65.55 - 72.32	845.940	764.007 - 927.873
¿Algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted enfermó gravemente como consecuencia del COVID-19?	Adolescencia	36.75	29.22 - 44.99	215.738*	151.013 - 280.464	63.25	55.01 - 70.78	371.261	308.708 - 433.814
	Juventud	39.81	35.67 - 44.11	586.518	503.435 - 669.600	60.19	55.89 - 64.33	886.668	799.782 - 973.554
	Adulthood	44.86	41.81 - 47.95	1.582.275	1.445.553 - 1.718.997	55.14	52.05 - 58.19	1.944.735	1.756.240 - 2.133.230
	Vejez	36.34	32.93 - 39.9	445.292	393.688 - 496.896	63.66	60.1 - 67.07	779.990	700.204 - 859.775
¿Tuvo algún cambio importante en su vida como consecuencia de la pandemia? (un cambio significativo en su lugar de estudio, cambio de lugar de residencia)	Adolescencia	42.1	34.58 - 50	247.133	190.101 - 30.4165	57.9	50 - 65.42	339.866	267.544 - 412.188
	Juventud	39.56	35.46 - 43.81	582.828	503.457 - 662.200	60.44	56.19 - 64.54	890.358	799.576 - 981.139
	Adulthood	33.44	30.51 - 36.5	1.179.262	1.052.784 - 1.305.739	66.56	63.5 - 69.49	2.347.748	2.146.083 - 2.549.414
	Vejez	17.7	14.94 - 20.84	216.863	178.518 - 255.208	82.3	79.16 - 85.06	1.008.419	917.422 - 1.099.416



Situaciones en pandemia	SI					NO			
	Curso de vida	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Usted o su familia han tenido algún problema grave en los últimos 12 meses asociado al COVID-19?	Adolescencia	3.33*	1.68 - 6.5	19.544*	6.165 – 32.924	96.67	93.5 - 98.32	567.455	477.755 – 657.154
	Juventud	2.78*	2.01 - 3.83	40.948*	27.845 – 54.050	97.22	96.17 - 97.99	1.432.238	1.315.876 – 1.548.601
	Adulthood	6.11	5.05 - 7.38	215.547	175.836 – 255.258	93.89	92.62 - 94.95	3.311.463	3.070.438 – 3.552.488
	Vejez	6.85	5.19 - 8.97	83.874	60.341 – 107.407	93.15	91.03 - 94.81	1.141.408	1.046.920 – 1.235.895

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** perdieron su trabajo durante la pandemia el 46.79 % de las personas en estrato 1; el 38.51 % de las personas en estrato 2; el 30.27 % de las personas en estrato 3; el 13.48 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6; y el 29.08 % de las personas en zona rural.

La situación más frecuente por la que atravesaron las personas en el estrato 1 durante la pandemia fueron problemas o dificultades económicas graves (64.52 %), y la segunda más frecuente fue que algún miembro de su familia se contagiara con COVID-19 (51.08 %). En los estratos 2 (60.16 %), 3 (66.06 %), 4, 5

y 6 (67.99 %) y en las personas en zona rural (59.22 %), la situación que con más frecuencia vivenciaron durante la pandemia fue que algún miembro de su familia se contagiara con COVID-19. En el estrato 2 (55.69 %) y en el estrato 3 (47.87 %) la segunda situación más frecuente fue tener problemas o dificultades económicas graves; en los estratos 4, 5 y 6 la segunda situación más frecuente fue que algún miembro de la familia o alguien muy cercano se enfermara gravemente como consecuencia del COVID-19 (45.29 %); y en las personas en zona rural la segunda situación más frecuente es que quedaron con algún problema de salud después del COVID-19 (41.74 %).

**Tabla 198.** Situaciones en pandemia – estrato socioeconómico

Situaciones en pandemia	SI					NO			
	Estrato	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Perdió su trabajo durante la pandemia?	1	46.79	40.34 - 53.36	326.420	259.514 – 393.326	53.21	46.64 - 59.66	371.139	308.525 – 433.752
	2	38.51	35.44 - 41.67	1.194.474	1.052.306 – 1.336.641	61.49	58.33 - 64.56	1.907.212	1.757.950 – 2.056.475
	3	30.27	26.75 - 34.04	618.678	539.690 – 697.666	69.73	65.96 - 73.25	1.425.043	1.243.037 – 1.607.050
	4, 5 y 6	13.48*	9.49 - 18.79	512.72*	34.910 – 67.634	86.52	81.21 - 90.51	329.154	240.891 – 417.416
	NS/NR	25.36*	17.53 - 35.19	45	33 – 57	74.64	64.81 - 82.47	133*	64 - 201
	Rural	29.08	23.26 - 35.67	555	411 – 699	70.92	64.33 - 76.74	1.354	1.067 – 1.641
¿Tuvo problemas o dificultades económicas graves durante este período o como consecuencia de la pandemia?	1	64.52	58.8 - 69.86	450.063	376.805 – 523.322	35.48	30.14 - 41.2	247.495	198.419 – 296.571
	2	55.69	52.97 - 58.38	1.727.325	1.568.945 – 1.885.706	44.31	41.62 - 47.03	1.374.361	1.253.748 – 1.494.973
	3	47.87	43.23 - 52.54	978.296	811.103 – 1.145.488	52.13	47.46 - 56.77	1.065.426	963.593 – 1.167.259
	4, 5 y 6	20.53	15.22 - 27.09	78.083	55.807 – 100.359	79.47	72.91 - 84.78	302.343	217.514 – 387.172
	NS/NR	41.88*	28.28 - 56.85	74	64 – 85	58.12	43.15 - 71.72	103*	35 - 172
	Rural	40.48	32.72 - 48.75	773*	540 – 1005	59.52	51.25 - 67.28	1.136	913 – 1.359



Situaciones en pandemia	SI					NO			
	Estrato	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19?	1	26.57	22.2 - 31.44	210.861	160.095 – 261.626	73.43	68.56 - 77.8	582.814	502.061 – 663.567
	2	35.98	33.33 - 38.71	1.230.678	1.107.733 – 1.353.624	64.02	61.29 - 66.67	2.189.928	2.003.475 – 2.376.381
	3	40.89	36.87 - 45.03	901.346	786.843 – 1.015.849	59.11	54.97 - 63.13	1.303.141	1.137.224 – 1.469.057
	4. 5 y 6	39.84	30.61 - 49.85	155.830	115.301 – 196.358	60.16	50.15 - 69.39	235.317*	156.443 – 314.190
	NS/NR	16.47*	10.06 - 25.79	38	30 – 46	83.53	74.21 - 89.94	193*	94 - 292
	Rural	16.53	13.24 - 20.46	385*	260 – 511	83.47	79.54 - 86.76	1.946	1.579 – 2.312
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19 dos o más veces?	1	39.28*	27.55 - 52.39	82.822*	42.277 – 123.367	60.72	47.61 - 72.45	128.039	99.026 – 157.051
	2	33.79	29.26 - 38.64	415.873	339.326 – 492.421	66.21	61.36 - 70.74	814.805	722.979 – 906.630
	3	34.61	29.14 - 40.52	311.960	246.947 – 376.973	65.39	59.48 - 70.86	589.386	498.581 – 680.191
	4. 5 y 6	37.69*	25.72 - 51.38	58.731*	32.435 – 85.027	62.31	48.62 - 74.28	97.099*	65.695 – 128.502
	NS/NR	-	-	-	-	100	100 - 100	38	30 - 46
	Rural	20.56*	13.72 - 29.65	79*	43 - 115	79.44	70.35 - 86.28	306*	196 - 416
¿Tuvo problemas graves de salud por el COVID-19?	1	35.96	26.63 - 46.49	75.820*	52.542 – 99.099	64.04	53.51 - 73.37	135.040*	9.1050 – 179.031
	2	26.36	22.29 - 30.89	324.449	260.392 – 388.506	73.64	69.11 - 77.71	906.229	804.644 – 1.007.814
	3	25.42	20.86 - 30.58	229.098	177.971 – 280.225	74.58	69.42 - 79.14	672.248	573.865 – 770.632
	4. 5 y 6	25.23*	13.87 - 41.43	39.324*	12.096 – 66.552	74.77	58.57 - 86.13	116.506	86.389 – 146.624
	NS/NR	80.09	57.27 - 92.35	31	31 - 31	19.91*	7.65 - 42.73	8*	0 - 16
	Rural	24.63	18.5 - 31.99	95*	45 - 145	75.37	68.01 - 81.5	291	207 - 374
¿Considera que quedó con algún problema de salud después del COVID-19?	1	46.85	35.1 - 58.95	98.787*	55.907 – 141.668	53.15	41.05 - 64.9	112.073	85.864 – 138.282
	2	36.58	32.22 - 41.18	450.202	380.598 – 519.806	63.42	58.82 - 67.78	780.476	682.775 – 878.177
	3	34.29	29.09 - 39.91	309.107	251.694 – 366.521	65.71	60.09 - 70.91	592.239	495.914 – 688.563
	4. 5 y 6	27.96*	19.81 - 37.88	43.566*	25.200 – 61.932	72.04	62.12 - 80.19	112.264	80.106 – 144.422
	NS/NR	80.09	57.27 - 92.35	31	31 - 31	19.91*	7.65 - 42.73	8*	0 - 16
	Rural	41.74	32.73 - 51.34	161*	92 - 230	58.26	48.66 - 67.27	225*	150 - 299
¿Algún miembro de su familia estuvo contagiado con COVID-19?	1	51.08	44.87 - 57.25	405.387	324.965 - 485810	48.92	42.75 - 55.13	388.287	322.767 – 453.807
	2	60.16	57.42 - 62.83	2.057.772	1.890.263 - 2225281	39.84	37.17 - 42.58	1.362.835	1.223.488 – 1.502.182
	3	66.06	62.33 - 69.61	1.456.309	1.273.232 – 1.639.387	33.94	30.39 - 37.67	748.178	659.776 – 836.580
	4. 5 y 6	67.99	61.18 - 74.11	265.936	205.303 – 326.569	32.01	25.89 - 38.82	125.210*	81.523 – 168.898
	NS/NR	33.4*	20.43 - 49.47	77	66 - 89	66.6	50.53 - 79.57	154*	55 - 253
	Rural	59.22	50.43 - 67.46	1.381	1.100 – 1.661	40.78	32.54 - 49.57	951*	640 – 1.262



Situaciones en pandemia	SI					NO			
	Estrato	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Su esposo/a, pareja o compañero/a sentimental falleció como consecuencia del COVID-19?	1	0.47*	0.2 - 1.09	3.277*	519 - 6.036	99.53	98.91 - 99.8	694.281	601.850 - 786.713
	2	0.39*	0.24 - 0.64	12.039*	6.078 - 18.000	99.61	99.36 - 99.76	3.089.647	2.868.207 - 3.311.086
	3	0.76*	0.41 - 1.41	15.598*	6.026 - 25.171	99.24	98.59 - 99.59	2.028.123	1.824.440 - 2.231.807
	4. 5 y 6	0.24*	0.06 - 0.89	902*	0 - 2.076	99.76	99.11 - 99.94	379.524	288.151 - 470.897
	NS/NR	-	-	-	-	100	100 - 100	178*	104 - 252
	Rural	0.89*	0.39 - 2.02	17*	3 - 31	99.11	97.98 - 99.61	1.892	1.549 - 2.235
¿Algún miembro de su familia o una persona cercana a usted falleció como consecuencia del COVID-19?	1	26.21	21.47 - 31.58	208.036	152.218 - 263.853	73.79	68.42 - 78.53	585.639	508.117 - 663.161
	2	29.65	27.34 - 32.07	1.014.279	897.922 - 1.130.635	70.35	67.93 - 72.66	2.406.328	2.228.021 - 2.584.634
	3	31.48	27.9 - 35.3	694.026	600.715 - 787.337	68.52	64.7 - 72.1	1.510.461	1.328.802 - 1.692.120
	4. 5 y 6	36.35	28.93 - 44.49	142.182*	95.527 - 188.837	63.65	55.51 - 71.07	248.965	184.722 - 313.207
	NS/NR	3.28*	1.01 - 10.15	8*	0 - 16	96.72	89.85 - 98.99	224*	125 - 323
	Rural	25.18*	18.38 - 33.47	587*	402 - 772	74.82	66.53 - 81.62	1.744	1.325 - 2.163
¿Algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted enfermó gravemente como consecuencia del COVID-19?	1	34.64	29.84 - 39.77	274.913	214.229 - 335.597	65.36	60.23 - 70.16	518.762	446.671 - 590.852
	2	41.8	39.12 - 44.53	1.429.909	1.284.895 - 1.574.923	58.2	55.47 - 60.88	1.990.697	1.829.682 - 2.151.712
	3	42.95	38.83 - 47.18	946.914	840.820 - 1.053.009	57.05	52.82 - 61.17	1.257.573	1082842 - 1432303
	4. 5 y 6	45.29	36.55 - 54.34	177.169*	114.734 - 239.605	54.71	45.66 - 63.45	213.977	162.803 - 265.152
	NS/NR	16.47*	10.06 - 25.79	38	30 - 46	83.53	74.21 - 89.94	193*	94 - 292
	Rural	37.72	31.46 - 44.41	879	634 - 1.124	62.28	55.59 - 68.54	1.452	1.154 - 1.750
¿Tuvo algún cambio importante en su vida como consecuencia de la pandemia? (un cambio significativo en su lugar de estudio, cambio de lugar de residencia)	1	32.67	28.06 - 37.65	259.318	203.557 - 315.078	67.33	62.35 - 71.94	534.357	457.530 - 611.183
	2	34.24	31.45 - 37.15	1.171.366	1.037.167 - 1.305.565	65.76	62.85 - 68.55	2.249.241	2.069.475 - 2.429.006
	3	30.96	27.5 - 34.64	682.455	602.943 - 761.967	69.04	65.36 - 72.5	15.22.032	1.329.737 - 1.714.327
	4. 5 y 6	28.64*	20.77 - 38.04	112.005	82.881 - 141.130	71.36	61.96 - 79.23	279.141*	190.120 - 368.162
	NS/NR	38.24	28.58 - 48.93	88*	53 - 124	61.76	51.07 - 71.42	143*	69 - 217
	Rural	36.61	29.31 - 44.58	853*	581 - 1.126	63.39	55.42 - 70.69	1.478	1.180 - 1.776
¿Usted o su familia han tenido algún problema grave en los últimos 12 meses asociado al COVID-19?	1	4.74*	3.05 - 7.29	37.612*	21.122 - 54.102	95.26	92.71 - 96.95	756.063	649.585 - 862.541
	2	5.79	4.77 - 7.01	198.018	158.360 - 237.677	94.21	92.99 - 95.23	3.222.588	2.987.144 - 3.458.032
	3	5.07	4.07 - 6.31	111.841	87.202 - 136.479	94.93	93.69 - 95.93	2.092.647	1.884.705 - 2.300.588
	4. 5 y 6	3.16*	1.6 - 6.17	12.369*	3.730 - 21.008	96.84	93.83 - 98.4	378.777	288.875 - 468.680
	NS/NR	13.64*	8.78 - 20.6	32	32 - 32	86.36	79.4 - 91.22	200*	101 - 299
	Rural	1.78*	0.8 - 3.9	41*	8 - 75	98.22	96.1 - 99.2	2.290	1.842 - 2.738

Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Localidades:** en las localidades de Santa Fe (47.16 %), Tunjuelito (43.61 %) y Los Mártires (42.39 %) están los porcentajes más altos de las personas que durante la pandemia perdieron su trabajo. Como es de esperarse, con la tendencia de la población total, la situación más frecuente durante la pandemia en las localidades es el haber tenido algún miembro de la familia contagiado con COVID-19, siendo más alta en las localidades de Puente Aranda (74.13 %), Teusaquillo (69.03 %) y Antonio Nariño (68.04 %). La segunda situación más frecuente durante la pandemia fue tener problemas o dificultades económicas graves, y los porcentajes más altos de esta situación se registran en las localidades de: Ciudad Bolívar (62.05 %) Santa Fe (61.91 %) y

Los Mártires (61.05 %); la localidad donde se registró el menor porcentaje de esta situación es Teusaquillo (28.98 %).

**Zonas:** perdieron su trabajo durante la pandemia el 35.22 % de las personas en zona urbana y el 30.25 % de las personas en zona rural; la situación más frecuente durante la pandemia en la zona urbana fue que algún miembro de la familia estuviera contagiado con COVID-19 (61.49 %), y en zona rural, problemas o dificultades económicas graves (57.89 %). La segunda situación más frecuente en zona urbana fue problemas o dificultades económicas graves (51.94 %) y en la zona rural, que algún miembro de la familia estuviera contagiado con COVID-19 (52.76 %).

**Tabla 199.** Situaciones en pandemia – zona

Situaciones en pandemia	SI					NO			
	Zona	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Perdió su trabajo durante la pandemia?	Urbana	35.22	32.85 - 37.66	2.185.747	2.004.997 – 2.366.496	64.78	62.34 - 67.15	4.020.899	3.798.879 – 4.242.920
	Rural	30.25	28.12 - 32.47	5.697	5.139 – 6.255	69.75	67.53 - 71.88	13.135	11.838 – 14.431
¿Tuvo problemas o dificultades económicas graves durante este período o como consecuencia de la pandemia?	Urbana	51.94	49.68 - 54.19	3.223.712	2.999.703 – 3.447.721	48.06	45.81 - 50.32	2.982.934	2.823.823 – 3.142.045
	Rural	57.89	55.31 - 60.43	10.903	9.875 – 11.930	42.11	39.57 - 44.69	7.929	7.064 – 8.795
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19?	Urbana	36.71	34.62 - 38.85	2.493.112	2.328.803 – 2.657.421	63.29	61.15 - 65.38	4.297.659	4.051.334 – 4.543.984
	Rural	27.76	25.09 - 30.61	6.026	5.267 – 6.785	72.24	69.39 - 74.91	15.680	14.194 – 17.165
¿Estuvo contagiado/a con COVID-19 dos o más veces?	Urbana	34.81	31.51 - 38.27	867.974	759.560 – 976.388	65.19	61.73 - 68.49	1.625.138	1.498.296 – 1.751.981
	Rural	24.75	20.75 - 29.24	1.492	1.185 – 1.798	75.25	70.76 - 79.25	4.535	3.892 – 5.178
¿Tuvo problemas graves de salud por el COVID-19?	Urbana	26.71	23.88 - 29.75	665.938	579.189 – 752.688	73.29	70.25 - 76.12	1.827.173	1.688.714 – 1.965.633
	Rural	47.76	41.55 - 54.03	2.878	2.237 – 3.519	52.24	45.97 - 58.45	3.148	2.760 – 3.537





Situaciones en pandemia	SI					NO			
	Zona	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
¿Considera que quedó con algún problema de salud después del COVID-19?	Urbana	36.06	32.74 - 39.53	899.107	796.309 - 1.001.904	63.94	60.47 - 67.26	1.594.005	1.458.200 - 1.729.811
	Rural	45.6	38.5 - 52.88	2.748	2.212 - 3.284	54.4	47.12 - 61.5	3.279	2.656 - 3.902
¿Algún miembro de su familia estuvo contagiado con COVID-19?	Urbana	61.49	59.41 - 63.52	4.175.409	3.949.545 - 4.401.273	38.51	36.48 - 40.59	2.615.362	2439.870 - 2.790.854
	Rural	52.76	49.92 - 55.59	11.453	10.341 - 12.565	47.24	44.41 - 50.08	10.253	9.162 - 11.344
¿Su esposo/a, pareja o compañero/a sentimental falleció como consecuencia del COVID-19?	Urbana	0.51*	0.35 - 0.74	31.723*	20.186 - 43.260	99.49	99.26 - 99.65	6174923	5.908.527 - 6.441.319
	Rural	0.59*	0.33 - 1.03	111*	45 - 177	99.41	98.97 - 99.67	18.721	17.121 - 20.322
¿Algún miembro de su familia o una persona cercana a usted falleció como consecuencia del COVID-19?	Urbana	30.23	28.33 - 32.2	2.052.884	1.893.432 - 2.212.336	69.77	67.8 - 71.67	4.737.887	4.503.947 - 4.971.827
	Rural	28.72	26.24 - 31.32	6.233	5.531 - 6.934	71.28	68.68 - 73.76	15.473	13.984 - 16.962
¿Algún miembro de su familia o alguien muy cercano a usted enfermó gravemente como consecuencia del COVID-19?	Urbana	41.55	39.57 - 43.56	2.821.766	2.644.812 - 2.998.720	58.45	56.44 - 60.43	3.969.005	375.1315 - 4.186.695
	Rural	37.12	34.96 - 39.33	8.057	7.210 - 8.904	62.88	60.67 - 65.04	13.649	12.428 - 14.869
¿Tuvo algún cambio importante en su vida como consecuencia de la pandemia? (un cambio significativo en su lugar de estudio, cambio de lugar de residencia)	Urbana	32.7	30.67 - 34.8	2.220.409	2.056.938 - 2.383.880	67.3	65.2 - 69.33	4.570.362	4.326.592 - 4.814.131
	Rural	26.15	23.74 - 28.71	5.677	4.870 - 6.483	73.85	71.29 - 76.26	16.029	14.709 - 17.349
¿Usted o su familia han tenido algún problema grave en los últimos 12 meses asociado al COVID-19?	Urbana	5.29	4.62 - 6.04	359.126	310.519 - 407.734	94.71	93.96 - 95.38	6.431.645	6.152.799 - 6.710.491
	Rural	3.62	2.75 - 4.77	787*	555 - 1.018	96.38	95.23 - 97.25	20.919	19.160 - 22.678

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.





## 2. Afectaciones a la salud mental

El 14.99 %, es decir 1.021.330 personas, consideran que la pandemia del COVID 19 afectó su salud mental “bastante, mucho o demasiado”; el 16.3 %, es decir 1.110.094 personas, piensan

que las afectó “medianamente”; y el 68.71 %, es decir 4.681.052 personas, piensan que las afectó “poco, muy poco o nada”.

**Tabla 200.** Afectación de la salud mental por COVID-19 - total población

¿Qué tanto considera que la pandemia de COVID-19 afectó su salud mental?				
Frecuencias	%	IC	#	IC
Nada	34.63	32.48 - 36.85	2.359.153	2.174.881 – 2.543.426
Muy poco	20.26	18.64 - 21.99	1.380.522	1.259.313 – 1.501.731
Poco	13.82	12.54 - 15.21	941.377	840.756 – 1.041.998
Medianamente	16.3	14.91 – 17.78	1.110.094	999.180 – 1.221.009
Bastante	7.54	6.55 - 8.67	513.864	439.539 – 588.189
Mucho	3.24	2.72 - 3.85	220.617	182.624 – 258.611
Demasiado	4.21	3.5 - 5.05	286.849	232.550 – 341.148

El 37.6 %, 2.561.266 personas, consideran que al día de hoy se han podido recuperar de sus afectaciones por el COVID-19 “poco, muy poco o nada”; mientras el 11.34 %, 772.465 dicen

que su recuperación de las afectaciones por la pandemia se ha logrado “medianamente” y el 51.06 %, 3.478.747, manifiestan que se han podido recuperar “bastante, mucho o demasiado”.

**Tabla 201.** Recuperación de la salud mental afectada por el COVID-19 - total población

Al día de hoy, ¿qué tanto cree que ha podido recuperarse de estas afectaciones a su salud mental?				
Frecuencias	%	IC	#	IC
Nada	27.04	24.94 - 29.24	1.841.889	1.666.445 – 2.017.333
Muy poco	5.67	4.75 - 6.76	386.339	317.268 – 455.409
Poco	4.89	4.23 - 5.64	333.038	284.981 – 381.095
Medianamente	11.34	10.23 - 12.56	772.465	687.342 – 857.587
Bastante	15.37	14.02 - 16.83	1.047.369	945.750 – 1.148.987
Mucho	17.19	15.73 - 18.76	1.171.133	1.062.183 – 1.280.084
Demasiado	18.5	16.93 - 20.18	1.260.245	1.132.761 – 1.387.728

**Sexo:** se vieron afectadas “bastante, mucho o demasiado” por la pandemia del COVID-19: el 12.22 % de los hombres, unos 395.722; el 17.45 % de las mujeres, unas 620.589; y el 29.02 % de las personas intersexuales, unas 5.019. Por otro lado, se sienten “medianamente” afectados por la pandemia: el 13.28 % de

los hombres, el 19.11 % de las mujeres y el 1.48 %\* de las personas intersexuales. Y se vieron afectadas “poco, muy poco o nada” por la pandemia el 74.5 % de los hombres, el 63.44 % de las mujeres y el 69.5 % de las personas intersexuales.

**Tabla 202.** Afectación de la salud mental por COVID-19 - sexo

¿Qué tanto considera que la pandemia de COVID-19 afectó su salud mental?												
Sexo	Hombres				Mujeres				Intersexual			
	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
Nada	39.47	35.82 - 43.24	1.278.044	1.114.868 - 1.441.221	30.36	28.24 - 32.56	1.079.988	992.234 - 1167.742	6.49*	1.17 - 28.96	1.122*	0 - 2.710
Muy poco	21.34	18.83 - 24.08	690.906	601.935 - 779.877	19.34	17.45 - 21.38	688.095	608.170 - 768.021	8.79*	2.01 - 31.15	1.521*	0 - 3.185
Poco	13.69	11.63 - 16.03	443.141	367.356 - 518.925	13.74	12.11 - 15.56	488.859	420.569 - 557.149	54.22*	15.42 - 88.5	9.378*	0 - 25.957
Medianamente	13.28	11.57 - 15.21	430.134	372.595 - 487.674	19.11	16.94 - 21.48	679.704	585.358 - 774.051	1.48*	0.23 - 9	255*	0 - 662
Bastante	6.88	5.26 - 8.95	222.667	161.028 - 28.4307	8.14	7.04 - 9.4	289.583	247.440 - 331.726	9.33*	1.13 - 48.17	1.614*	0 - 4.703
Mucho	2.26	1.72 - 2.97	73.180	53.620 - 92.740	4.1	3.26 - 5.14	145.813	112.578 - 179.048	9.39*	1.78 - 37.16	1.624*	0 - 3.825
Demasiado	3.08	2.09 - 4.52	99.875	60.724 - 139.027	5.21	4.23 - 6.39	185.193	145.970 - 224.416	10.3	2.35 - 35.36	1.781	0 - 3.740

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

Consideran que se han podido recuperar “bastante, mucho o demasiado” de las afectaciones sufridas en su salud mental por el COVID-19: el 49.4 % de los hombres, aproximadamente 1.599.472; junto con el 52.72 % de las mujeres, unas 1.875.374; y el 22.54 % de personas intersexuales, unas 3.900 personas. En tanto que consideran que se han recuperado “medianamente”: el 9.25 % de los hombres, el 13.23 %

de las mujeres y el 12.11 %\* de las personas intersexuales; y afirman que se han recuperado “poco, muy poco o nada” de las afectaciones en la salud mental causadas por la pandemia: el 41.35 % de los hombres (1.338.823); el 34.05 %, de las mujeres (1.211.143); y el 65.34 % de las personas intersexuales (11.301).

**Tabla 203.** Recuperación de la salud mental afectada por la COVID-19 - sexo

Al día de hoy, ¿qué tanto cree que ha podido recuperarse de estas afectaciones a su salud mental?												
Sexo	Hombres				Mujeres				Intersexual			
	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
Nada	31.52	27.89 - 35.38	1.020.529	863.080 - 1.177.979	23.02	21.18 - 24.98	818.962	745.769 - 892.155	13.86*	3.16 - 44.29	2.398*	0 - 5.067
Muy poco	6.21	4.65 - 8.25	201.010*	141.744 - 260.275	5.21	4.37 - 6.19	185.276	153.628 - 216.924	0.31*	0.04 - 2.25	53*	0 - 146
Poco	3.62	2.99 - 4.38	117.284	95.634 - 138.934	5.82	4.81 - 7.01	206.905	167.477 - 246.332	51.17*	12.86 - 88.15	8.850*	0 - 25.391
Medianamente	9.25	7.82 - 10.92	299.653	249.478 - 349.828	13.23	11.6 - 15.06	470.718	402.196 - 539.239	12.11*	2.02 - 47.96	2.094*	0 - 5.313
Bastante	14.5	12.33 - 16.97	469.344	391.417 - 547.272	16.2	14.54 - 18	576.160	513.058 - 639.262	10.78*	2.83 - 33.41	1.864*	216 - 3.512
Mucho	15.45	13.33 - 17.83	500.225	423.947 - 576.503	18.84	16.96 - 20.87	670.139	591.954 - 748.325	4.44*	0.61 - 26.11	769*	0 - 2.105
Demasiado	19.45	17.13 - 22.01	629.903	547.360 - 712.445	17.68	15.51 - 20.09	629.075	531.031 - 727.120	7.32*	1.41 - 30.44	1.267*	0 - 2.955

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Curso de vida:** la pandemia por el COVID-19 afectó su salud “bastante, mucho o demasiado” a: el 16.4 % de los adolescentes; el 17.73 % de los jóvenes; el 14.96 % de los adultos, y el 11.12 % de los adultos mayores. En tanto que consideran que la pandemia les afectó su salud mental “medianamente”: el 15.99 %\* de los adolescentes; el 16.4 % de los jóvenes;

el 17.21 % de los adultos, y el 13.68 % de los adultos mayores. Y los que consideran que la pandemia afectó “poco, muy poco o nada su salud mental” fueron: el 67.61 % de los adolescentes; el 65.88 % de los jóvenes; el 67.82 % de los adultos, y el 75.2 % de los jóvenes.

**Tabla 204.** Afectación de la salud mental por la COVID-19 – curso de vida

Curso de vida		Adolescencia	Juventud	Adulthood	Vejez
Nada	%	38.67	26.21	33.58	45.83
	IC	31.59 - 46.26	22.67 - 30.09	30.05 - 37.31	42.11 - 49.6
	#	226.974	386.092	1.184.498	561.590
	IC	174.651 – 279.298	323.513 – 448.671	1.021.339 – 1.347.656	507.488 – 615.691
Muy poco	%	15.3	20.16	21.18	20.13
	IC	11.38 - 20.26	16.86 - 23.92	18.93 - 23.62	15.96 - 25.06
	#	89.821	296.964	747.135	246.602
	IC	63.853 – 115.789	238.929 – 355.000	661.744 – 832.526	180.063 – 313.141
Poco	%	13.64*	19.51	13.06	9.24
	IC	9.55 - 19.1	15.95 - 23.63	11.35 - 14.99	7.41 - 11.48
	#	80.052*	287.372	460.693	113.260
	IC	51.031 – 109.073	223.389 – 351.355	387.689 – 533.697	88.895 – 137.626
Medianamente	%	15.99*	16.4	17.21	13.68
	IC	11.7 - 21.48	13.63 - 19.61	15.05 - 19.61	11.63 - 16.03
	#	93.885*	241.634	606.906	167.670
	IC	63.633 – 124.137	194.732 – 288.535	510.028 – 703.784	139.696 – 195.644
Bastante	%	9.09*	10.42	6.89	5.22
	IC	3.7 - 20.68	8.51 - 12.7	5.81 - 8.15	4.02 - 6.75
	#	53.381*	153.508	243.012	63.964
	IC	2.773 – 103.989	122.373 – 184.642	202.386 – 283.638	46.678 – 81.249
Mucho	%	4.63*	3.66*	3.22	2.12
	IC	2.41 - 8.71	2.44 - 5.44	2.56 - 4.05	1.58 - 2.82
	#	27.171*	53.867*	113.658	25.920
	IC	9.115 – 45.228	31.992 – 75.743	88.374 – 138.943	18.528 – 33.313
Demasiado	%	2.68*	3.65*	4.85	3.78*
	IC	1.26 - 5.62	2.63 - 5.05	3.7 - 6.33	2.39 - 5.92
	#	15.715*	53.750*	171.108	46.277*
	IC	3.876 – 27.554	36.204 – 71.295	124.367 – 217.849	24.796 – 67.757

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



Consideran que se han podido recuperar “poco, muy poco o nada” de las afectaciones que les dejó la pandemia en su salud mental: el 29.15 % de los adolescentes; el 26.7 % de los jóvenes; el 39.06 % de los adultos, y el 50.53 % de los adultos mayores. Piensan que se han podido recuperar “medianamente”: el 8.03 %\* de los adolescentes; el 12.05 % de

los jóvenes; el 12.02 % de los adultos, y el 10.12 % de los adultos mayores. Y consideran que se han podido recuperar “bastante, mucho o demasiado” de las afectaciones a la salud mental que les dejó la pandemia: el 62.82 % de los adolescentes; el 61.26 % de los jóvenes; el 48.92 % de los adultos, y el 39.35 % de los adultos mayores.

**Tabla 205.** Recuperación de la salud mental afectada por el COVID-19 – curso de vida

Curso de vida		Adolescencia	Juventud	Adultez	Vejez
Nada	%	21.05	19.26	27.47	38.02
	IC	15.78 - 27.5	16.14 - 22.82	23.93 - 31.31	34.74 - 41.42
	#	123.570*	283.698	968.730	465.891
	IC	87.027 – 160.113	229.335 – 338.061	807.902 – 1.129.558	417.951 – 513.831
Muy poco	%	3.68*	3.23*	6.52	7.1*
	IC	2.15 - 6.22	2.37 - 4.4	5.2 - 8.15	4.55 - 10.94
	#	21.595*	47.592*	230.113	87.039*
	IC	10.225 – 32.966	32.782 – 62.402	177.645 – 282.580	46.560 – 127.518
Poco	%	4.42	4.21	5.07	5.41
	IC	2.53 - 7.6	3.14 - 5.62	4.11 - 6.24	4.19 - 6.97
	#	259.34*	61.979	178.779	66.346
	IC	11.356 – 40.512	43.960 – 79.998	141.483 – 216.074	49.628 – 83.065
Medianamente	%	8.03*	12.05	12.02	10.12
	IC	5.49 - 11.62	9.8 - 14.72	10.32 - 13.95	8.37 - 12.18
	#	47.163*	177.512	423.822	123.968
	IC	29.707 – 64.619	140.437 – 214.586	351.753 – 495.891	100.568 – 147.368
Bastante	%	19.38*	14.81	15.41	14.02
	IC	12.53 - 28.74	12.24 - 17.83	13.73 - 17.26	11.83 - 16.53
	#	113.770*	218.237	543.611	171.751
	IC	57.261 – 170.278	174.030 – 262.443	477.199 – 610.024	141.096 – 202.406
Mucho	%	17.91*	24.59	16.25	10.67
	IC	12.67 - 24.71	20.81 - 28.79	14.22 - 18.51	8.96 - 12.65
	#	105.126*	362.192	573.116	130.699
	IC	66.355 – 143.897	292.172 – 432.213	498.124 – 648.108	107.664 – 153.734
Demasiado	%	25.53	21.86	17.26	14.66
	IC	19.56 - 32.57	18.62 - 25.48	15.14 - 19.62	11.01 - 19.25
	#	149.841	321.976	608.840	179.587*
	IC	107.827 – 191.856	265.921 – 378.032	516.645 – 701.034	123.366 – 235.808

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Estratos socioeconómicos:** consideran que su salud mental se afectó “bastante, mucho o demasiado” por la pandemia del COVID-19: el 15.53 % de las personas en el estrato 1; el 16.41 % de las personas en el estrato 2; el 13.91 % de las personas en el estrato 3; el 7.65 % de las personas en los estratos 4, 5 y 6; y el 6.42 % de las personas en zona rural. En tanto que aseguran que su salud mental se vio “medianamente” afectada por la pandemia: el 16.96 % de las personas en el estrato 1;

el 15.85 % de las personas en estrato 2; el 16.02 % de las personas en el estrato 3; el 20.42 %\* de las personas en los estratos 4, 5 y 6; y el 9.9 %\* de las personas en zona rural. Y manifiestan que su salud mental se vio “poco, muy poco o nada” afectada por la pandemia. el 67.51 % de las personas en el estrato 1; el 67.73 % de las personas en el estrato 2; el 70.07 % de las personas en el estrato 3; el 71.94 % de las personas en los estratos 4, 5 y 6; y el 83.69 % de las personas en zona rural.

**Tabla 206.** Afectación de la salud mental por el COVID-19 - estrato socioeconómico

Estratos		1	2	3	4, 5 y 6	Rural
Nada	%	33.98	34.95	35.02	30.84	43.82
	IC	29.49 - 38.79	32.43 - 37.57	30.43 - 39.91	23.7 - 39.04	34.93 - 53.13
	#	269.706	1.195.624	772.049	120.642	1.022*
	IC	221.360 – 318.053	1.080.086 – 1.311.161	621.408 – 922.691	88.879 – 152.405	678 – 1.365
Muy poco	%	20.38	19.34	21.17	23.01*	28.67
	IC	16.46 - 24.96	17.48 - 21.34	17.92 - 24.83	16.35 - 31.36	21.34 - 37.32
	#	161.734	661.434	466.688	89.997*	668
	IC	116.261 – 207.206	581.053 – 741.816	383.436 – 549.941	49.835 – 130.160	473 - 863
Poco	%	13.15*	13.44	13.88	18.09	11.2*
	IC	9.32 - 18.24	11.71 - 15.39	11.42 - 16.77	13.95 - 23.12	8.06 - 15.35
	#	104.390*	459.896	306.031	70.752*	261*
	IC	66.778 – 142.001	387.792 – 532.001	243.408 – 368.654	47.007 – 94.497	176 - 346
Medianamente	%	16.96	15.85	16.02	20.42*	9.9*
	IC	12.71 - 22.28	13.91 - 18.01	13.81 - 18.5	14.39 - 28.14	6.81 - 14.17
	#	134.609*	542.292	35.3109	79.853*	231*
	IC	91.066 – 178.152	461.069 – 623.515	296.076 – 410.142	41.320 – 118.386	143 - 318
Bastante	%	8.12*	7.46	7.99	4.6*	2.82*
	IC	5.98 - 10.94	5.95 - 9.33	6.44 - 9.88	3.09 - 6.78	1.84 - 4.31
	#	64.448*	255.241	176.130	17.979*	66*
	IC	44.909 – 83.987	194.286 – 316.196	137.764 – 214.496	11.489 – 24.468	38 - 94
Mucho	%	3.04*	3.65	3.02*	1.25*	1.32*
	IC	1.74 - 5.26	2.88 - 4.61	2.2 - 4.14	0.81 - 1.93	0.65 - 2.65
	#	24.132*	124.904	66.613*	4.894*	31*
	IC	10.645 – 37.620	94.617 – 155.192	46.157 – 87.070	2.900 – 6.888	9 - 52
Demasiado	%	4.37*	5.3	2.9*	1.8*	2.28*
	IC	2.97 - 6.38	4.1 - 6.82	2.15 - 3.9	0.59 - 5.38	1.09 - 4.68
	#	34.656*	181.214	63.866	7.030*	53*
	IC	21.343 – 47.968	131.960 – 230.469	45.099 – 82.632	0 – 14.829	8 - 98

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



Sienten que han podido recuperarse “poco, muy poco o nada”, de las afectaciones que les dejó la pandemia en la salud mental: el 37.31 % de las personas en estrato 1; el 38.32 % de las personas en estrato 2; el 37.44 % de las personas en estrato 3; el 32.61 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; y el 41% de las personas en zona rural. Sienten que se han recuperado “medianamente”: el 14.47 %\* de las personas en estrato 1; el 10.56 % de

las personas en estrato 2; el 10.97 % de las personas en estrato 3; el 13.91 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6; y el 6.66 %\* de las personas en zona rural. Y sienten que se han recuperado “bastante, mucho o demasiado” de las afectaciones sufridas en la salud mental por la pandemia: el 48.22 % de las personas en estrato 1; el 51.11 % de las personas en estrato 2; el 51.58 % de las personas en estrato 3; el 53.48 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; y el 52.35 % de las personas en zona rural.

**Tabla 207.** Recuperación de la salud mental afectada por el COVID-19 – estrato socioeconómico

Estratos		1	2	3	4, 5 y 6	Rural
Nada	%	26.54	26.6	27.52	29.06	32.11
	IC	22.42 - 31.1	24.25 - 29.1	22.79 - 32.82	22.12 - 37.15	25.81 - 39.14
	#	210.603	910.050	606.747	113.674*	749
	IC	175.058 – 246.148	805.015 – 1.015.085	460.576 – 752.918	79.659 – 147.688	539 - 958
Muy poco	%	6.66*	5.98	5.48*	2.03*	4.31*
	IC	4.74 - 9.29	4.74 - 7.53	3.81 - 7.81	1.13 - 3.6	3.13 - 5.89
	#	52.859*	204.702	120.750*	7.927*	100*
	IC	35.022 – 70.696	154.516 – 254.888	75.841 – 165.659	3.238 – 12.616	70 - 131
Poco	%	4.11*	5.74	4.44	1.52*	4.58*
	IC	2.87 - 5.86	4.68 - 7.03	3.54 - 5.56	0.81 - 2.83	2.42 - 8.5
	#	32.654*	196.366	97.949	5.932*	107*
	IC	21.062 – 44.245	154.364 – 238.367	76.140 – 119.757	2.351 – 9.513	43 - 170
Medianamente	%	14.47*	10.56	10.97	13.91*	6.66*
	IC	10.17 - 20.18	9.3 - 11.97	9.12 - 13.13	8.12 - 22.81	4.74 - 9.28
	#	114.851*	361.241	241.812	54.406*	155*
	IC	71.787 – 157.914	310.315 – 412.166	196.427 – 287.196	18.639 – 90.173	104 - 206
Bastante	%	12.64	16.86	14.51	12.74*	17.43*
	IC	9.96 - 15.92	14.82 - 19.13	12.36 - 16.96	9.12 - 17.54	11.29 - 25.92
	#	100.337	576.821	319.859	49.850*	406*
	IC	77.641 – 123.032	492.402 – 661.241	269.806 – 369.913	27.258 – 72.443	181 - 631
Mucho	%	16.5	15.98	19.05	18.75*	9.17*
	IC	12.98 - 20.74	14.22 - 17.91	16.19 - 22.29	12.41 - 27.31	5.54 - 14.8
	#	130.925*	546.620	420.012	73.332*	214*
	IC	92.089 – 169.762	474.339 – 618.901	346.179 – 493.846	42.230 – 104.433	110 - 318
Demasiado	%	19.08	18.27	18.02	21.99	25.75
	IC	14.41 - 24.83	16.07 - 20.69	15.31 - 21.1	16.91 - 28.09	19.55 - 33.11
	#	151.446*	624.807	397.358	86.025*	600*
	IC	97.621 – 205.272	531.200 – 718.413	328.444 – 466.273	57.800 – 114.251	416 - 785



**Localidades:** se encuentran los porcentajes más altos de las personas que consideran que su salud mental se vio “bastante, mucho y demasiado” afectada por la pandemia del COVID-19 en las localidades de Los Mártires (23.06 %), La Candelaria (21.71 %) y Barrios Unidos (21.56 %); mientras se registran los porcentajes más altos de las personas que consideran que su salud mental se vio “poco, muy poco o nada” afectada durante la pandemia en las localidades de Usaquén (75.96 %), Chapinero (73.23 %) y Fontibón (72.46 %)

Los porcentajes más altos de personas que aseguran que han podido recuperarse

“bastante, mucho y demasiado” de las afectaciones en su salud mental a causa de la pandemia se encuentran en las localidades de Ciudad Bolívar (45.53 %), Usaquén (50.06 %) y Engativá (47.5 %). Por otro lado, los porcentajes más altos de las personas que consideran que han podido recuperarse “poco, muy poco o nada” de sus afectaciones durante la pandemia a la salud mental están en las localidades de Ciudad Bolívar (42.62 %), Usaquén (41.14 %) y Engativá (41.03 %). En las siguientes tablas se muestran los datos desagregados por localidad, tanto de afectaciones como de recuperaciones.



**Tabla 208.** Afectación de la salud mental por el COVID-19 - localidades

Localidades	Nada		Muy poco		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho		Demasiado	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	35.92	31.43 - 40.68	16.74	13.75 - 20.23	11.82	9 - 15.38	18.57	15.63 - 21.92	8.78*	5.73 - 13.22	4.56*	2.33 - 8.75	3.6*	2.31 - 5.57
Barrios Unidos	31.85	25.13 - 39.43	16.59	12.98 - 20.96	12.47	9.44 - 16.31	17.52*	12.43 - 24.12	14.83*	7.01 - 28.7	1.48*	0.87 - 2.5	5.25*	2.4 - 11.1
Bosa	35.77	29.76 - 42.26	14.48	10.75 - 19.24	14.46*	10.52 - 19.56	18.48*	12.63 - 26.23	8.22*	5.68 - 11.75	3.13*	1.85 - 5.26	5.46*	3.46 - 8.51
Chapinero	18.13*	10.39 - 29.73	37.03*	19.78 - 58.38	18.07*	9.57 - 31.5	18.02*	6.93 - 39.37	6.07*	2.47 - 14.19	0.8*	0.4 - 1.58	1.87*	1.05 - 3.29
Ciudad Bolívar	35.61	29.67 - 42.03	22.64	18.57 - 27.29	12.77*	9.3 - 17.27	16.41*	11.2 - 23.4	6.53*	4.53 - 9.33	2.08*	1.04 - 4.11	3.97*	2.51 - 6.22
Engativá	35.44	29.6 - 41.74	18.95	14.48 - 24.41	15.06	11.5 - 19.49	18.64	14.62 - 23.46	5.02*	3.24 - 7.69	4.07*	2.11 - 7.69	2.82*	1.55 - 5.08
Fontibón	33.91	29.76 - 38.33	22.6	18.97 - 26.7	15.95	11.83 - 21.17	15.36	12.4 - 18.87	7.47*	4.46 - 12.26	3.27*	1.93 - 5.48	1.43*	0.86 - 2.36
Kennedy	31.28	25.74 - 37.4	22.58	17.85 - 28.14	16.98	12.76 - 22.25	12.72	9.55 - 16.74	8.83*	4.7 - 15.99	1.67*	0.92 - 3.01	5.93*	3.08 - 11.12
La Candelaria	34.05	30.91 - 37.33	16.93	15.68 - 18.26	11.41	10.15 - 12.79	15.9	14.43 - 17.49	10.49	8.75 - 12.54	5.22*	3.41 - 7.91	6	4.87 - 7.38
Los Mártires	33.45	28.71 - 38.55	14.31*	10.49 - 19.23	12.11*	8.87 - 16.31	17.07*	11.35 - 24.85	9.45*	5.89 - 14.82	5.3*	2.83 - 9.7	8.31*	5.56 - 12.26
Puente Aranda	30.25	25.03 - 36.04	22.16	17.33 - 27.87	14.25	10.63 - 18.84	20.09	16.2 - 24.65	7.02*	4.98 - 9.79	3.1*	1.89 - 5.03	3.13*	1.8 - 5.39
Rafael Uribe Uribe	33.73	28.75 - 39.1	15.66	12.22 - 19.86	15.13	11.35 - 19.88	16.7	13.2 - 20.91	12.33*	7.85 - 18.83	3.15*	2.05 - 4.83	3.29*	2.08 - 5.18
San Cristóbal	35.78	31.05 - 40.81	15.51	12.6 - 18.95	13.78	10.55 - 17.8	16.02	12.62 - 20.14	10.27*	6.96 - 14.91	3.81*	1.89 - 7.54	4.82*	3.17 - 7.26
Santa Fe	38.02	33.29 - 43	18.02	13.44 - 23.74	11.3	8.42 - 15	14.19	11.05 - 18.04	10.26*	6.85 - 15.08	3.24*	2.15 - 4.85	4.97*	3.16 - 7.73
Suba	37.71	28.97 - 47.34	22.35	16.64 - 29.34	10.86*	7.06 - 16.35	14.86	11.05 - 19.68	4.76*	3.24 - 6.95	4.76*	3.01 - 7.45	4.69*	2.83 - 7.69
Sumapaz	35.27	31.75 - 38.96	19.59	16.75 - 22.78	17.48	15.17 - 20.04	12.74	11.12 - 14.55	8.04	6.68 - 9.64	3.13*	2.07 - 4.7	3.76*	2.38 - 5.87
Teusaquillo	30.03	25.15 - 35.41	16.71	13.61 - 20.35	17.71	13.5 - 22.9	22.31	16.9 - 28.86	8.5*	5.9 - 12.09	3*	1.98 - 4.52	1.73*	0.95 - 3.15
Tunjuelito	32.25	27.18 - 37.78	20.58	15.83 - 26.31	12.28*	8.94 - 16.63	15.88	11.79 - 21.04	9.74*	5.85 - 15.79	4.4*	2.03 - 9.29	4.87*	2.43 - 9.51
Usaquén	41.15	34.23 - 48.43	22.39*	16.46 - 29.71	12.42*	9.02 - 16.86	12.34	9.27 - 16.24	5.37*	3.24 - 8.75	3.08*	1.78 - 5.28	3.26*	1.59 - 6.57
Usme	32.4	26.61 - 38.79	16.62*	12.14 - 22.33	10.44*	7.62 - 14.14	22.1	16.44 - 29.03	10.43*	6.77 - 15.73	3.01*	1.54 - 5.8	5*	2.73 - 8.98

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.





**Tabla 209.** Recuperación de la afectación de la salud mental por el COVID-19 - localidades

Localidades	Nada		Muy poco		Poco		Medianamente		Bastante		Mucho		Demasiado	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	26.52	22.62 - 30.83	6.32*	4.44 - 8.92	3.91*	2.81 - 5.42	11.34	9.01 - 14.17	16.88	13.26 - 21.25	15.94	12.86 - 19.6	19.08	15.54 - 23.21
Barrios Unidos	24.55	18.36 - 32.01	4.19*	2.59 - 6.73	5.51*	2.83 - 10.46	6.8*	4.98 - 9.23	11.61*	8.33 - 15.96	26.57*	17.86 - 37.59	20.76	16.54 - 25.71
Bosa	27.73	22.7 - 33.38	4.86*	3.1 - 7.53	6.23*	3.73 - 10.23	12.04*	8.32 - 17.12	15.56	11.54 - 20.66	14.71	11.1 - 19.22	18.87*	13.23 - 26.19
Chapinero	13.46*	6.83 - 24.81	15.48*	2.74 - 54.39	3.82*	1.29 - 10.78	15.47*	4.94 - 39.18	13.91*	7.35 - 24.74	9.48*	5.75 - 15.23	28.38*	16.79 - 43.75
Ciudad Bolívar	30.97	25.5 - 37.04	7.53*	5 - 11.19	4.12*	2.45 - 6.85	11.83*	8.19 - 16.78	13.53	10.28 - 17.62	15.44*	11.26 - 20.82	16.56*	11.29 - 23.64
Engativá	29.9	24.08 - 36.45	5.74*	4.02 - 8.12	5.39*	3.04 - 9.37	11.48	8.78 - 14.87	14.88	11.59 - 18.92	18.26	14.31 - 23	14.36	10.65 - 19.07
Fontibón	24.65	20.8 - 28.94	3.86*	2.49 - 5.95	3.32*	2.15 - 5.08	9.14*	6.25 - 13.18	16.28	13.01 - 20.18	21.62	15.99 - 28.55	21.14	16.3 - 26.96
Kennedy	24.74	19.67 - 30.62	8.6*	5.26 - 13.74	3.87*	2.52 - 5.91	10.27*	7.25 - 14.36	17.75*	12.46 - 24.66	16.93*	12.17 - 23.05	17.84*	13.14 - 23.76
La Candelaria	26.86	24.11 - 29.8	5.52	4.95 - 6.15	4.16	3.64 - 4.75	10.68	9.5 - 11.97	16.79	14.63 - 19.21	14.42	13.14 - 15.8	21.56	19.6 - 23.66
Los Mártires	26.77	22.28 - 31.8	5.21*	3.18 - 8.43	7.36*	4.9 - 10.91	10.52*	7.3 - 14.92	15.83*	11.54 - 21.33	16.98	13.29 - 21.45	17.33	13.26 - 22.31
Puente Aranda	24.96	20.52 - 30.01	3.26*	1.9 - 5.52	6.15*	3.83 - 9.74	12.2*	8.45 - 17.31	17.97	14.23 - 22.45	17.8	14.58 - 21.56	17.65*	12.93 - 23.63
Rafael Uribe Uribe	25.46	21.13 - 30.33	5.26*	3.5 - 7.84	5.76*	3.91 - 8.4	17.14*	12.17 - 23.59	16.12	12.38 - 20.73	15.63	12.46 - 19.43	14.63	11.6 - 18.3
San Cristóbal	29.45	26.07 - 33.09	4.66*	3.23 - 6.66	5.42*	3.56 - 8.17	14.34	10.98 - 18.51	14.64	11.49 - 18.48	15.26	11.94 - 19.32	16.22	12.47 - 20.84
Santa Fe	28.29	24 - 33.01	5.43*	3.96 - 7.41	6.35*	4.54 - 8.82	12.55	9.89 - 15.82	17.62*	12.81 - 23.74	12.21	9.23 - 15.97	17.56	13.7 - 22.22
Suba	27.23*	18.46 - 38.21	4.35*	2.42 - 7.7	3.94*	2.6 - 5.95	9.36*	6.69 - 12.96	15.77*	11.61 - 21.07	18.74*	13.83 - 24.89	20.6	15.43 - 26.95
Sumapaz	33.31	29.88 - 36.93	2.43*	1.58 - 3.72	5*	3.28 - 7.53	10.18	8.76 - 11.8	15.08	12.6 - 17.96	13.59	10.66 - 17.18	20.41	17.87 - 23.2
Teusaquillo	21.01	17.21 - 25.4	3.06*	1.78 - 5.21	5.34*	2.51 - 11	14.03*	10.05 - 19.23	15.72*	11.29 - 21.45	19.08	15.73 - 22.95	21.77	17.22 - 27.12
Tunjuelito	23.68	19.26 - 28.77	4.8*	2.63 - 8.6	8.92*	5.31 - 14.59	12.15*	7.79 - 18.46	14.45	11.3 - 18.3	14.12	10.87 - 18.15	21.88	17.46 - 27.05
Usaquén	31.8	26.34 - 37.81	4.74*	2.96 - 7.5	4.6*	2.1 - 9.75	8.81*	6.21 - 12.36	12.54*	9.1 - 17.03	19.21	14.35 - 25.24	18.31	13.78 - 23.91
Usme	25.94	20.69 - 31.99	4.58*	2.91 - 7.15	5.93*	3.82 - 9.1	13.66*	9.13 - 19.96	14.35	11.01 - 18.5	15.14	11.8 - 19.23	20.39	15.71 - 26.03

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Zonas:** consideran que su salud mental se vio “poco, muy poco o nada” afectada durante la pandemia el 68.7 % de las personas en zona urbana y el 72.82 % de las personas en zona rural; mientras que consideran que su salud mental se vio “bastante, mucho y demasiado” afectada durante la pandemia el 14.99 % de

las personas en zona urbana y el 13.61 % de las personas en zona rural. Manifiestan que su salud mental se vio “medianamente” afectada durante la pandemia el 16.3 % de las personas en zona urbana y el 6.98 % de las personas en zona rural.

**Tabla 210.** Afectación de la salud mental por el COVID-19- zona

¿Qué tanto considera que la pandemia de COVID-19 afectó su salud mental?								
Zona	Urbana				Rural			
	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
Nada	34.62	32.46 - 36.84	2.350.685	2.166.415 – 2.534.955	39.01	36.16 - 41.94	8.468	7.524 – 9.413
Muy poco	20.27	18.64 - 22	1.376.660	1.255.453 – 1.497.868	17.79	15.88 - 19.88	3.862	3.363 – 4.360
Poco	13.81	12.53 - 15.2	937.901	837.282 – 1.038.520	16.02	13.92 - 18.36	3.476	2.909 – 4.043
Medianamente	16.3	14.91 - 17.8	1.107.150	996.237 – 1.218.062	13.57	11.04 - 16.56	2.944	2.300 – 3.589
Bastante	7.54	6.55 - 8.67	512.348	438.024 – 586.673	6.98	6.01 - 8.1	1.516	1.238 – 1.794
Mucho	3.24	2.72 - 3.86	220.011	182.018 – 258.005	2.79	2.12 - 3.67	606*	425 - 787
Demasiado	4.21	3.5 - 5.06	286.016	231.717 – 340.314	3.84	2.95 - 4.99	833	598 – 1.069

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

Piensan que se han recuperado “poco, muy poco o nada” de las afectaciones a la salud mental adquiridas durante la pandemia el 37.59 % de las personas en zona urbana y el 43.33 % de las personas en zona rural; en tanto, afirman que se han recuperado “medianamente” el 11.35 % de las personas en zona urbana

y el 8.01 % de las personas en zona rural; y consideran que se han recuperado “bastante, mucho y demasiado” de sus afectaciones a la salud mental el 51.07 % de las personas en zona urbana y el 48.66 % de las personas en zona rural.

**Tabla 211.** Recuperación de la salud mental afectada por la COVID – zona

Al día de hoy, ¿qué tanto cree que ha podido recuperarse de estas afectaciones a su salud mental?								
Zona	Urbana				Rural			
	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
Nada	27.03	24.92 - 29.24	1.835.295	1.659.852 – 2.010.738	30.38	27.86 - 33.02	6.594	5.866 – 7.322
Muy poco	5.67	4.74 - 6.76	384.747	315.677 – 453.817	7.33	5.99 - 8.96	1.592	1.249 – 1.934
Poco	4.89	4.23 - 5.64	331.818	283.761 – 379.874	5.62	4.81 - 6.57	1.221	1.005 – 1.437
Medianamente	11.35	10.23 - 12.57	770.726	685.604 – 855.848	8.01	7.07 - 9.07	1.739	1.488 – 1.990
Bastante	15.38	14.02 - 16.84	1.044.387	942.770 – 1.146.004	13.74	11.94 - 15.75	2.982	2.466 – 3.498
Mucho	17.19	15.73 - 18.76	1.167.422	1.058.472 – 1.276.371	17.1	14.79 – 19.69	3.712	3.089 – 4.335
Demasiado	18.5	16.92 – 20.19	1.256.377	1.128.896 – 1.383.859	17.82	15.33 - 20.61	3.867	3.191 – 4.543



### 3. Vacunación contra el SARS-CoV-2

El 63.63 % de las personas cuentan con esquema completo de vacunación, el 27.52 % con esquema incompleto y el 6.22 % (es decir unas 423.503 personas) no tienen ninguna vacuna.

**Tabla 212.** Esquema de vacunación - total población

¿Cuál es su esquema de vacunación?				
Total	%	IC	#	IC
Esquema completo	65.63	63.7 - 67.52	4.471.280	4.231.175 – 4.711.384
Esquema incompleto	27.52	25.9 - 29.2	1.874.998	1.741.033 – 2.008.963
Ninguna vacuna	6.22	5.27 - 7.32	423.503	353.481 – 493.526
NS/NR	0.63*	0.3 - 1.33	42.696*	10.756 – 74.637

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Sexo:** tienen el esquema completo de vacunación el 69.66 % de los hombres, el 66.44 % de las mujeres y el 81.57 % de las personas intersexuales; mientras que tienen esquema de vacunación incompleto el 26.99 % de los

hombres, el 28.06 % de las mujeres y el 18.39 %\* de las personas intersexuales. No tienen ninguna vacuna el 7.47 % de los hombres, el 5.11 % de las mujeres y el 0.04 %\* de las personas intersexuales.

**Tabla 213.** Esquema de vacunación – sexo

Sexo	Esquema de vacunación											
	Hombres				Mujeres				Intersexual			
	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
Esquema completo	64.66	61.39 - 67.8	2.093.729	1.907.404 – 2.280.054	66.44	64.27 - 68.55	2.363.444	2.218.328 – 2.508.561	81.57	47.38 - 95.6	14.106*	0 – 31.060
Esquema incompleto	26.99	24.39 - 29.75	873.768	779.913 – 967.624	28.06	26.12 - 30.08	998.049	907.038 – 1.089.060	18.39*	4.38 - 52.57	3.180*	0 – 6.504
Ninguna vacuna	7.47	5.86 - 9.47	241.853	182.858 – 300.849	5.11	4.15 - 6.27	181.642	143.967 – 219.317	0.04*	0.01 - 0.26	8*	0 - 19
NS/NR	0.88	0.3 - 2.6	28.597*	0 – 59.718	0.4	0.24 - 0.66	14.099*	6.855 – 21.343	-	-	-	-

**Curso de vida:** cuentan con esquema completo de vacunación el 58.09 % de los adolescentes; el 59.54 % de los jóvenes; el 66.39 % de los adultos, y el 74.39 % de las personas mayores. En contraste, el 35.54 % de los adolescentes, el 31.48 % de los jóvenes, el 27.3 % de los adultos

y el 19.56 % de las personas mayores tienen un esquema de vacunación incompleto. No tienen ninguna vacuna el 6.34 % de los adolescentes; el 7.6 % de los jóvenes; el 5.79 % de los adultos, y el 5.73 %\* de los adultos mayores.

**Tabla 214.** Esquema de vacunación – curso de vida

Esquema de vacunación					
Curso de vida	Frecuencias	%	IC	#	IC
Adolescencia	Esquema completo	58.09	49.93 - 65.84	340.997	283.354 – 398.641
	Esquema incompleto	35.54	27.77 - 44.14	208.594*	141.040 – 276.148
	Ninguna vacuna	6.34*	3.89 - 10.15	37.190*	19.177 – 55.202
	NS/NR	0.04*	0.01 - 0.13	218*	0 - 497
Juventud	Esquema completo	59.54	55.59 - 63.38	877.196	778.125 – 976.267
	Esquema incompleto	31.48	28.21 - 34.94	463.711	410.950 – 516.472
	Ninguna vacuna	7.6	5.91 - 9.73	112.017	83.507 – 140.526
	NS/NR	1.38*	0.31 - 5.89	20.262*	0 – 50.557
Adultez	Esquema completo	66.39	63.67 - 69	2.341.615	2.131.034 – 2.552.195
	Esquema incompleto	27.3	24.89 - 29.85	962.971	868.362 – 1.057.580
	Ninguna vacuna	5.79	4.68 - 7.13	204.057	160.767 – 247.346
	NS/NR	0.52*	0.3 - 0.89	18.368*	8.472 – 28.264
Vejez	Esquema completo	74.39	70.45 - 77.97	911.472	828.637 – 994.306
	Esquema incompleto	19.56	17.02 - 22.38	239.722	204.281 – 275.162
	Ninguna vacuna	5.73*	3.29 - 9.8	70.240*	30.210 – 110.271
	NS/NR	0.31*	0.17 - 0.56	3.848*	1.602 – 6.095

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** cuentan con esquema de vacunación completo el 58.61 % de las personas en el estrato 1; el 63.55 % de las personas en el estrato 2; el 68.57 % de las personas en el estrato 3; el 81.59 % de las personas en los estratos 4, 5 y 6, y el 62.48 % de las personas en zona rural. Tienen esquema de vacunación incompleto el 35.94 % de las personas en estrato 1; el 29.36 % de

las personas en estrato 2; el 23.84 % de las personas en estrato 3; el 15.14 %\* de las personas en los estratos 4, 5 y 6, y el 35.35 % de las personas en zona rural. Y no cuentan con ninguna vacuna el 5.17 %\* de las personas en estrato 1; el 6.18 % de las personas en estrato 2; el 7.21 %\* de las personas en estrato 3; el 3.07 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6; y el 35.35 % de las personas en zona rural.

**Tabla 215.** Esquema de vacunación por estrato socioeconómico

Esquema de vacunación					
Estrato	Frecuencias	%	IC	#	IC
1	Esquema completo	58.61	53.3 - 63.73	465.200	390.182 – 540.218
	Esquema incompleto	35.94	30.92 - 41.3	285.286	225.404 – 345.168
	Ninguna vacuna	5.17*	3.71 - 7.16	41.042*	27.914 – 54.170
	NS/NR	0.27*	0.09 - 0.77	2.147*	0 – 4.397
2	Esquema completo	63.55	60.86 - 66.15	2.173.680	1.992.661 – 2.354.699
	Esquema incompleto	29.36	26.97 - 31.86	1.004.120	894.565 – 1.113.674
	Ninguna vacuna	6.18	4.97 - 7.67	211.525	163.329 – 259.720
	NS/NR	0.91*	0.34 - 2.47	31.282*	0 – 62.601



3	Esquema completo	68.57	65.11 - 71.85	1.511.699	1.328.561 – 1.694.837
	Esquema incompleto	23.84	21.24 - 26.64	525.475	460.811 – 590.139
	Ninguna vacuna	7.21*	5.27 - 9.78	158.850*	108.543 – 209.158
	NS/NR	0.38*	0.19 - 0.77	8.462*	2.569 – 14.356
4, 5 y 6	Esquema completo	81.59	74.71 - 86.92	319.121	234.486 – 403.757
	Esquema incompleto	15.14*	10.22 - 21.83	59.201*	35.860 – 82.542
	Ninguna vacuna	3.07*	1.62 - 5.76	12.019*	4.190 – 19.849
	NS/NR	0.21*	0.09 - 0.45	805*	200 – 1.409
Rural	Esquema completo	62.48	55.72 - 68.78	1.456	1.135 – 1.777
	Esquema incompleto	35.35	29.27 - 41.94	824	601 – 1.047
	Ninguna vacuna	2.17	1.3 - 3.63	51	25 - 76

**Localidades:** se registran los porcentajes más altos de personas con el esquema de vacunación completo en las localidades de Teusaquillo (79.7 %), Usaquén (76.03 %) y Sumapaz (73.32 %), y los porcentajes más bajos de personas con el esquema completo de vacunación están en las localidades de Usme (57.56 %), Rafael Uribe Uribe (57.43 %) y Santa Fe (56.4 %). Los porcentajes más altos de personas con esquema incompleto de vacunación se registraron en las localidades

de Santa Fe (35.22 %), Rafael Uribe Uribe (34.32 %) y Usme (33.7 %); y los más bajos en las localidades de Usaquén (20.73 %), Chapinero (17.81 %\*) y Teusaquillo (16.85 %). Los porcentajes más altos de personas sin vacunas se observan en las localidades de Chapinero (15.78 %\*), Los Mártires (10.53 %\*) y Antonio Nariño (9.37 %\*); y los más bajos en las localidades de Teusaquillo (3.16 %\*), Usaquén (3.08 %\*) y Sumapaz (2.82 %\*).

**Tabla 216.** Esquema de vacunación – localidades

Localidades	Esquema de vacunación							
	Esquema completo		Esquema incompleto		Ninguna vacuna		NS/NR	
Antonio Nariño	64.64	59.67 - 69.31	23.99	20.2 - 28.23	9.3*7	6.29 - 13.74	2.01*	0.86 - 4.62
Barrios Unidos	68.48	61.05 - 75.06	23.74	17.89 - 30.79	5.73*	4.06 - 8.03	2.05*	0.96 - 4.36
Bosa	61.61	56.53 - 66.45	32.14	27.86 - 36.74	5.82*	3.69 - 9.04	0.44*	0.09 - 2.02
Chapinero	66.29*	36.6 - 87.01	17.81*	10.78 - 27.98	15.78*	2.88 - 54.21	0.12*	0.04 - 0.36
Ciudad Bolívar	60.05	53.13 - 66.59	32.6	26.59 - 39.24	7.19*	4.69 - 10.88	0.16*	0.02 - 1.02
Engativá	68.21	62.3 - 73.58	22.77	18.43 - 27.78	8.82*	5.27 - 14.38	0.21*	0.04 - 1.03
Fontibón	71.65	67.17 - 75.73	21.19	17.53 - 25.37	7.17*	4.97 - 10.24	-	-
Kennedy	64.24	57.96 - 70.07	29.63	24.26 - 35.62	5.58*	3.2 - 9.56	0.55*	0.18 - 1.67
La Candelaria	67.44	64.6 - 70.16	25.3	22.43 - 28.41	7.21	6.58 - 7.9	0.04	0.04 - 0.05
Los Mártires	65.43	58.51 - 71.75	24.02	20.29 - 28.2	10.53*	6.16 - 17.42	0.02*	0.01 - 0.09
Puente Aranda	70.75	64.97 - 75.93	24.72	19.84 - 30.35	4.43*	2.74 - 7.08	0.1*	0.02 - 0.57



Esquema de vacunación								
Localidades	Esquema completo		Esquema incompleto		Ninguna vacuna		NS/NR	
Rafael Uribe Uribe	57.43	51.62 - 63.06	34.32	28.41 - 40.76	6.36*	3.71 - 10.7	1.88*	0.75 - 4.64
San Cristóbal	65.33	59.93 - 70.37	28.88	24.32 - 33.9	5.25*	3.52 - 7.77	0.54*	0.21 - 1.39
Santa Fe	56.4	50.84 - 61.8	35.22	30.36 - 40.41	7.7*	5.43 - 10.8	0.68*	0.25 - 1.84
Suba	65.77	58.77 - 72.14	28.12	22.56 - 34.45	4.71*	2.95 - 7.44	1.4*	0.2 - 9.25
Sumapaz	73.32	68.6 - 77.57	23.86	20.12 - 28.06	2.82*	1.73 - 4.55	-	-
Teusaquillo	79.7	75.01 - 83.7	16.85	13.13 - 21.35	3.16	2.04 - 4.87	0.29*	0.11 - 0.8
Tunjuelito	63.8	57.91 - 69.3	31	25.51 - 37.09	5.21*	3.47 - 7.75	-	-
Usaquén	76.03	70.91 - 80.5	20.73	16.65 - 25.51	3.08*	1.76 - 5.31	0.16*	0.06 - 0.41
Usme	57.56	51.8 - 63.12	33.7	28.21 - 39.66	7.94*	5.12 - 12.11	0.8*	0.19 - 3.38

**Zona:** tienen el esquema completo de vacunación el 69.66 % de los hombres, el 66.44 % de las mujeres y el 81.57 % de las personas intersexuales; mientras que tienen esquema de vacunación incompleto el 26.99 % de los hombres, el 28.06 % de las mujeres y el 18.39 %\* de las personas intersexuales. No tienen ninguna vacuna el 7.47 % de los hombres, el 5.11 % de las mujeres y el 0.04 %\* de las personas intersexuales.

Tienen esquema completo de vacunación el 65.67 % de las personas en zona urbana y el 55.82 % de las personas en zona rural; tienen un esquema de vacunación incompleto el 27.48 % de las personas en zona urbana y el 40.66 % de las personas en zona rural; y no tienen vacunas el 6.23 % de las personas en zona urbana y el 3.39 % en zona rural.

**Tabla 217.** Esquema de vacunación - zona

Zona	Urbana				Rural			
	%	IC	#	IC	%	IC	#	IC
Esquema completo	65.67	63.73 - 67.55	4.459.163	4.219.062 - 4.699.264	55.82	53.52 - 58.1	12.116	10.835 - 13.398
Esquema incompleto	27.48	25.86 - 29.17	1.866.171	1.732.208 - 2.000.134	40.66	38.15 - 43.23	8.827	8.051 - 9.602
Ninguna vacuna	6.23	5.28 - 7.33	422.766	352.744 - 492.789	3.39	2.73 - 4.21	737	571 - 903
NS/NR	0.63*	0.3 - 1.33	42.670*	10.729 - 74.611	0.12*	0.04 - 0.4	26*	0 - 58

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



# Capítulo 4

Acceso a servicios de salud mental





## 1. Consulta por salud mental

El 13.66 % de las personas afirman que alguna vez en la vida ha consultado por un tema de salud mental. De estas personas el 55.21 % recibió tratamiento durante los últimos 12 meses: el 31.42 % de las personas fueron

atendidas 1 o 2 veces por temas de salud mental; el 14.46 % fueron atendidas por esta misma razón entre 3 a 5 veces, y el 11.29 % fue atendida 6 o más veces.

**Tabla 218.** Indicadores acceso a servicios de salud mental

	%	IC	#	IC		
Prevalencia de vida consulta salud mental	13.66	12.42 - 14.99	929.350	841.187 – 1.017.513		
Recibió tratamiento	55.21	50.72 - 59.62	511.549	450.846 – 572.253		
Frecuencias		1 a 2 veces	3 a 5 veces	6 o más		
	%	IC	#	IC		
Atención salud mental en los últimos 12 meses	31.42	27.19 - 35.98	14.46	11.34 - 18.27	11.29	8.97 - 14.12

**Sexo:** han consultado alguna vez en la vida por temas de salud mental: el 12.47 % de los hombres, el 14.68 % de las mujeres y el 25.71 %\* de las personas intersexuales. De estas personas, recibieron atención en los últimos 12 meses de 1 a 2 veces: el 28.83 % de los hombres, el 33.2 % de las mujeres y

el 58.28 %\* de las personas intersexuales; recibieron atención de 3 a 5 veces: el 12.7 %\* de los hombres, el 15.91 % de las mujeres y el 5.7 %\* de las personas intersexuales; y recibieron atención 6 o más veces: el 8.97 %\* de los hombres, 12.94 %\* de las mujeres y el 28.9 %\* de las personas intersexuales.

**Tabla 219.** Indicadores acceso a servicios de salud mental - sexo

Prevalencia de vida consulta salud mental						
Sexo	%	IC	#	%		
Hombre	12.47	10.51 - 14.74	403.754	334.986 – 472.522		
Mujer	14.68	13.15 - 16.35	521.149	464.712 – 577.586		
Intersexual	25.71*	6.69 - 62.57	4.446*	569 – 8.324		
Atención salud mental en los últimos 12 meses						
Sexo	1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 o más	
	%	IC	%	IC	%	IC
Hombre	28.83	22.25 - 36.44	12.7*	8.08 - 19.41	8.97*	5.84 - 13.53
Mujer	33.2	27.95 - 38.91	15.91	11.95 - 20.87	12.94	9.84 - 16.85
Intersexual	58.28*	21.04 - 87.98	5.7*	0.72 - 33.34	28.9*	6.71 - 69.67

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.





**Curso de vida:** han consultado alguna vez por temas de salud mental el 14.84 %\* de los adolescentes; el 19.08 %, de los jóvenes; el 12.99 % de los adultos, y el 8.48 % de las personas mayores.

Lo más usual es que las personas, en las diferentes etapas de su vida, hayan sido atendidas en el último año 1 a 2 veces, lo que corresponde al 33.37 % de los adolescentes; el 36 % de los jóvenes; el 28.35 % de los adultos, y el 30.83 %\* de las personas mayores.

**Tabla 220.** Indicadores acceso a servicios de salud mental – curso de vida

Prevalencia de vida consulta salud mental						
Curso de vida	%	IC	#	%		
Adolescencia	14.84*	10.63 - 20.34	87.068*	56.493 – 117.642		
Juventud	19.08	16.08 - 22.49	281.031	231.091 – 330.971		
Adulthood	12.99	11.29 - 14.91	457.401	391.624 – 523.178		
Vejez	8.48	7.05 - 10.16	103.850	84.379 – 123.321		
Atención salud mental en los últimos 12 meses						
Curso de vida	1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 o más	
	%	IC	%	IC	%	IC
Adolescencia	33.37	19.51 - 50.85	24.95*	12.7 - 43.17	24.95*	5.84 - 13.53
Juventud	36	27.88 - 45.02	17.91*	11.15 - 27.5	17.91*	9.84 - 16.85
Adulthood	28.35	22.94 - 34.47	10.8*	7.88 - 14.62	10.8*	6.71 - 69.67
Vejez	30.83*	22.29 - 40.93	12.43*	7.63 - 19.61	12.43*	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** alguna vez han consultado por un tema de salud mental: el 8.85 % de las personas en estrato 1; el 11.95 % en estrato 2; el 15.92 % de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 3.01 % de las personas en zona rural; y el 13.14 % de las personas que NS/NR.

Lo más frecuente es que las personas en el último año hayan recibido atención 1 a 2 veces, esta situación ocurrió con: el 43.82 %\*, de

las personas de estrato 1; el 31.95 % de las personas de estrato 2; el 29.15 % de las personas en estrato 3; el 28.53 %\* de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 11.95 %\* de las personas en zona rural; y el 100 % de las personas que NS/NR. Sin tener en cuenta a las personas que NS/NR, el estrato que con más frecuencia recibió atención 3 a 5 veces en el último año fue el 2, con el 17.83 %\*; y el que más recibió un número igual o superior a 6 atenciones en el último año fue el estrato 3, con 13.01 %\*.

**Tabla 221.** Indicadores acceso a servicios de salud mental – estrato socioeconómico

Prevalencia de vida consulta salud mental				
Estratos	%	IC	#	%
1	8.85	6.68 - 11.63	70.184	51.434 – 88.935
2	11.95	10.53 - 13.54	408.136	349.324 – 466.947
3	15.92	13.61 - 18.54	350.812	298.967 – 402.658
4, 5 y 6	25.62*	18.39 - 34.48	100.117*	55.137 – 145.097



NS/NR	13.14*	5.24 - 29.27	30*	0 - 64		
Rural	3.01*	1.87 - 4.81	70*	38 - 102		
Atención salud mental en los últimos 12 meses						
Estratos	1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 o más	
	%	IC	%	IC	%	IC
1	43.82*	31.33 - 57.14	11.52*	6.05 - 20.84	3.77*	1.54 - 8.92
2	31.95	25.85 - 38.74	17.83*	12.52 - 24.75	11.38*	8.03 - 15.9
3	29.15	22.59 - 36.7	13*	8.78 - 18.84	13.01*	9.07 - 18.32
4, 5 y 6	28.53*	15.66 - 46.18	7.97*	3.14 - 18.78	10.14*	5.28 - 18.61
NS/NR	100	100 - 100	43.49*	26.62 - 62.03	3.77*	1.54 - 8.92
Rural	11.95*	3.76 - 32.06	11.52*	6.05 - 20.84	11.38*	8.03 - 15.9

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** las tasas más altas de personas que han consultado alguna vez en la vida por un tema de salud mental están en las localidades de Teusaquillo (25.26 %),

Antonio Nariño (20.99 %) y Barrios Unidos (20.94 %\*); mientras que las más bajas están en las localidades de Usme (9.82 %\*), Sumapaz (9.57 %) y San Cristóbal (9.18 %).

**Tabla 222.** Indicadores acceso a servicios de salud mental – localidades

Prevalencia de vida consulta salud mental				
Localidad	%	IC	#	IC
Antonio Nariño	20.99	17.33 - 25.19	14.871	11.835 – 17.907
Barrios Unidos	20.94*	14.01 - 30.1	28.262*	15.389 – 41.134
Bosa	11.43*	8.19 - 15.75	69.407*	47.923 – 90.890
Chapinero	17.78*	5.6 - 44.06	27.957*	0 – 65.120
Ciudad Bolívar	9.96*	6.93 - 14.12	53.280*	34.963 – 71.597
Engativá	17.41	13.41 - 22.29	125.702	89.532 – 161.872
Fontibón	13.27*	9.49 - 18.26	46.892*	30.533 – 63.251
Kennedy	10.68	8.05 - 14.04	95.069	72.144 – 117.995
La Candelaria	20.78	17.07 - 25.05	3.495	2.567 – 4.422
Los Mártires	12.1	9.6 - 15.14	8.639	6.536 – 10.741
Puente Aranda	19.7	15.82 - 24.26	44.406	34.801 – 54.012
Rafael Uribe Uribe	14.99*	10.32 - 21.28	48.801*	29.313 – 68.290
San Cristóbal	9.18	6.99 - 11.97	30.912	22.856 – 38.967
Santa Fe	14.15*	9.23 - 21.08	12.658*	6.724 – 18.593
Suba	12.03*	8.76 - 16.31	134.848	95.850 – 173.846
Sumapaz	9.57	7.39 - 12.3	240	182 – 299
Teusaquillo	25.26	20.57 - 30.61	38.044	29.181 – 46.907
Tunjuelito	11.45	8.56 - 15.15	17.435*	12.089 – 22.781
Usaquén	18.7	13.87 - 24.73	96.127*	66.489 – 125.766
Usme	9.82*	6.13 - 15.36	32.305*	16.995 – 47.614



Los porcentajes más altos de personas que en el último año fueron atendidas por salud mental entre 1 y 2 veces están en las localidades de Rafael Uribe Uribe (50.04 %), Sumapaz (44.41 %) y Santa Fe (43.95 %); y los más bajos en las localidades de Barrios Unidos (17.09 %), Usme (16.93 %) y Chapinero (11.7 %). Con mayor frecuencia fueron atendidas entre 3 a 5 veces por salud mental las personas en las localidades de La Candelaria (30.31 %), Tunjuelito (29.16 %) y

Usme (21.81 %); y con menor frecuencia en las localidades de Puente Aranda (7.2 %), Santa Fe (6.81 %) y Chapinero (2.78 %). Las localidades donde las personas más reportaron que fueron atendidas 6 veces o más son: Barrios Unidos (31.84 %), Teusaquillo (25.16 %) y Los Mártires (18.24 %); y las localidades donde se reportaron las menores frecuencias son: San Cristóbal (4.77 %), Usme (3.41 %) y Sumapaz (3.16 %).

**Tabla 223.** Atención salud mental en los últimos meses - localidades

Atención salud mental en los últimos 12 meses						
Localidad	1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 o más veces	
	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	35.23	25.19 - 46.78	15.92	10.35 - 23.71	10.73	6.81 - 16.53
Barrios Unidos	17.09	8.09 - 32.57	16.45	7.87 - 31.21	31.84	10.37 - 65.35
Bosa	33.01	17.88 - 52.72	15.08	8.01 - 26.6	12.71	6.31 - 23.96
Chapinero	11.7	2.39 - 41.81	2.78	0.64 - 11.19	5.3	1.01 - 23.57
Ciudad Bolívar	40.81	25.57 - 58.05	8.6	4.01 - 17.48	8.11	2.76 - 21.51
Engativá	31.52	19.7 - 46.33	14.13	7.34 - 25.49	9.04	3.57 - 21.06
Fontibón	26.69	15.89 - 41.23	18.74	4.93 - 50.62	9.59	4.83 - 18.15
Kennedy	32.48	21.21 - 46.22	13.24	7.75 - 21.69	11.57	5.69 - 22.1
La Candelaria	30.24	22 - 40	30.31	20.11 - 42.9	12.15	10.86 - 13.58
Los Mártires	25.48	15.44 - 39.03	18.14	10.79 - 28.86	18.24	10.13 - 30.64
Puente Aranda	32.69	22.17 - 45.29	7.2	3.6 - 13.88	14.45	6.93 - 27.69
Rafael Uribe Uribe	50.04	30.15 - 69.92	7.75	3.21 - 17.56	9.61	4.09 - 20.97
San Cristóbal	34.59	24.37 - 46.47	18.1	9.3 - 32.25	4.77	1.9 - 11.47
Santa Fe	43.95	24.09 - 65.96	6.81	3.21 - 13.84	14.53	6.2 - 30.41
Suba	29.23	17.6 - 44.4	16.81	6.89 - 35.57	13.05	7.25 - 22.37
Sumapaz	44.41	32.88 - 56.58	14.49	9.07 - 22.35	3.16	1.04 - 9.14
Teusaquillo	24.98	18.09 - 33.42	8.88	5.59 - 13.82	25.16	16.35 - 36.65
Tunjuelito	40.63	26.48 - 56.53	29.16	14.26 - 50.45	7.82	4.25 - 13.96
Usaquén	31.95	19.6 - 47.49	19.03	10.49 - 32.05	6.91	2.85 - 15.84
Usme	16.93	7.88 - 32.68	21.81	4.15 - 64.22	3.41	0.88 - 12.3

**Zonas:** han consultado alguna vez por temas de salud mental el 13.68 % de las personas en zona urbana y el 7.52 % en zona rural.

Lo más frecuente tanto en zona urbana (31.43 %) como en zona rural (23.38 %\*) es que las personas hayan sido atendidas entre

1 y 2 veces por salud mental en el último año; menos frecuente es que las hayan atendido entre 3 a 5 veces, (en zona urbana 14.44 % y en zona rural 25.51 %\*); y aun menos frecuente es que hayan recibido atención en último año 6 o más veces, (en zona urbana 11.31 % y en zona rural 0.46 %\*).

**Tabla 224.** Indicadores acceso a servicios de salud mental - zona

Prevalencia de vida consulta salud mental						
Zona	%	IC	#	%		
Urbana	13.68	12.44 - 15.02	927.718	839.556 – 1.015.881		
Rural	7.52	6.25 - 9.02	1.631	1.303 – 1.960		
Atención salud mental en los últimos 12 meses						
Zona	1 a 2 veces		3 a 5 veces		6 o más	
	%	IC	%	IC	%	IC
Urbana	31.43	27.19 - 36.01	14.44	11.32 - 18.26	11.31	8.98 - 14.14
Rural	23.38*	16.81 - 31.54	25.51*	15.88 - 38.32	0.46*	0.15 - 1.41

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

## 2. Tipo de tratamiento recibido

El tratamiento más frecuente que recibieron las personas fue psicoterapia individual (55.96 %); seguido de medicación/terapia farmacológica (48.8 %); psicoterapia familiar (9.68 %); terapia

ocupacional (5.32 %\*); psicoterapia grupal (3.32 %\*), y psicoterapia de pareja (1.97 %\*); el 0.78 %\* menciona otro tratamiento, y el 5.49 % no sabe que tratamiento recibió.

**Tabla 225.** Tipo de tratamiento recibido

Tratamiento	%	IC
Medicación/terapia farmacológica	48.8	42.64 - 55
Psicoterapia individual	55.96	50.11 - 61.65
Psicoterapia familiar	9.68*	6.25 - 14.7
Psicoterapia de pareja	1.97*	0.99 - 3.9
Psicoterapia grupal	3.32*	1.9 - 5.73
Terapia ocupacional	5.32*	3.63 - 7.74
Otro	0.78*	0.33 - 1.83
NS/NR	5.49*	3.1 - 9.53

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

Respecto a la experiencia en la atención por temas de salud mental, el 46.83 % de las personas manifiestan que fueron escuchadas sobre sus expectativas frente al tratamiento; el 83.44 % considera que su tratamiento se adapta a sus necesidades; 53 % de las personas asegura que su tratamiento es monitoreado con regularidad para saber si está funcionando,

mientras que el 5.32 % de las personas que han consultado por temas de salud mental se han sentido discriminados por su orientación sexual o su identidad de género.

**Sexo:** recibieron tratamiento el 52.19 % de los hombres, el 57.21 % de las mujeres y el 94.95 % de las personas intersexuales.

**Tabla 226.** Indicadores acceso a servicios de salud mental - por sexo

Recibió tratamiento				
Sexo	%	IC	#	%
Hombre	52.19	44.73 - 59.57	210.338	167.608 – 253.068
Mujer	57.21	51.76 - 62.49	296.990	253.372 – 340.607
Intersexual	94.95	71.49 - 99.29	4.222*	363 – 8.080

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

El tratamiento más frecuente en hombres (52.91 %) y en mujeres (57.96 %) es la psicoterapia individual, y en las personas intersexuales (76.24 %\*) es la medicación/terapia farmacológica.

**Tabla 227.** Tipo de tratamiento recibido – por sexo

Tratamiento	Hombre		Mujer		Intersexual	
	%	IC	%	IC	%	IC
Medicación/terapia farmacológica	51.29	41.01 - 61.46	46.65	39.34 - 54.11	76.24*	34.75 - 95.08
Psicoterapia individual	52.91	43.01 - 62.59	57.96	50.82 - 64.78	67.61*	26.33 - 92.42
Psicoterapia familiar	10.74*	4.56 - 23.28	9.07*	6.25 - 12.99	27.69*	6.69 - 67.14
Psicoterapia de pareja	0.89*	0.37 - 2.14	2.77*	1.22 - 6.14	65.54*	24.57 - 91.74
Psicoterapia grupal	3.12*	1.04 - 8.98	3.51*	1.93 - 6.29	60.11*	21.04 - 89.5
Terapia ocupacional	5.79*	2.96 - 11.03	5.07*	3.27 - 7.78	51.88*	15.5 - 86.37
Otro	0.84*	0.25 - 2.8	0.75*	0.22 - 2.48	70.54*	32.01 - 92.41
NS/NR	6.66*	2.85 - 14.77	4.74*	2.16 - 10.07	30.1*	7.81 - 68.64

**Curso de vida:** recibieron tratamiento el 50.55 %\* de los adolescentes; el 52.44 % de los jóvenes; el 54.81 % de los adultos, y el 68.32 % de las personas mayores.

**Tabla 228.** Indicadores acceso a servicios de salud mental – curso de vida

Recibió tratamiento				
Curso de vida	%	IC	#	%
Adolescencia	50.55*	34.15 - 66.82	43.192*	22.151 – 642.33
Juventud	52.44	43.64 - 61.09	147.178	112.549 – 181.807
Adulthood	54.81	48.57 - 60.89	250.332	207.630 – 293.033
Vejez	68.32	59.68 - 75.86	70.847	53.148 – 88.547

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

El tratamiento de psicoterapia individual es el que reciben con más frecuencia adolescentes (79.09 %), jóvenes (53.38 %) y adultos (58.69 %); mientras en la vejez (60.38 %) el tratamiento más frecuente es la medicación/terapia farmacológica.

**Tabla 229.** Tipo de tratamiento recibido – curso de vida

Tratamiento	Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Medicación/ terapia farmacológica	14.66*	5.47 - 33.76	40.01	29.69 - 51.31	56.59	47.94 - 64.85	60.38	47.9 - 71.64
Psicoterapia individual	79.09	58.42 - 91.06	53.38	41.79 - 64.62	58.69	50.25 - 66.65	37.58*	27.21 - 49.23
Psicoterapia familiar	0.98*	0.14 - 6.55	0.91*	0.27 - 2.94	1.92*	0.7 - 5.18	4.98*	1.32 - 17.07
Psicoterapia de pareja	18.51*	7.44 - 39.09	10.02*	5.47 - 17.67	9.78*	4.55 - 19.79	3.26*	1.44 - 7.2
Psicoterapia grupal	0.34*	0.05 - 2.48	5.93*	2.42 - 13.78	2.78*	1.29 - 5.9	1.62*	0.42 - 6.04
Terapia ocupacional	6.2*	1.5 - 22.32	10.18	5.61 - 17.77	3.08*	1.79 - 5.26	2.63*	1.15 - 5.89
Otro	0.06*	0.03 - 0.09	1.92*	0.65 - 5.59	0.01*	0 - 0.02	1.57*	0.38 - 6.18
NS/NR	3.53*	0.5 - 20.87	11*	4.59 - 24.11	1.92*	0.82 - 4.39	7.86*	3.15 - 18.27

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** Recibieron tratamiento el 40.35 %\* de las personas en estrato 1; el 56.98 % de las personas en estrato 2; el 57.46 % de las personas en estrato 3; el 50.6

% de las personas en estratos 4, 5 y 6; el 58.85 %\* de las personas que respondieron NS/NR sobre su estrato y el 40.35 %\* de las personas en zona rural.

**Tabla 230.** Indicadores acceso a servicios de salud mental – estrato socioeconómico

Estratos	Recibió tratamiento			
	%	IC	#	%
1	40.35*	28.5 - 53.46	28.322*	18.184 - 38.461
2	56.98	49.99 - 63.69	231.610	189.958 - 273.261
3	57.46	49.78 - 64.8	200.942	161.753 - 240.131
4, 5 y 6	50.6	41.27 - 59.89	50.634*	27.220 - 74.048
NS/NR	58.85*	35.4 - 78.87	41*	13 - 70
Rural	40.35*	28.5 - 53.46	28.322*	18.184 - 38.461

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

La medicación/terapia farmacológica es el tratamiento que con más frecuencia reciben las personas en los estratos 1 (61.01 %) y el estrato 4, 5 y 6 (61.42 %\*); mientras la psicoterapia

individual es el tratamiento más frecuente que reciben las personas en los estratos 2 (54.61 %), el estrato 3 (60.92 %) y las personas en zona rural (50.37 %).

**Tabla 231.** Tipo de tratamiento recibido – estrato socioeconómico

Tratamiento	Estrato socioeconómico					
		1	2	3	4,5 y 6	Rural
Medicación/terapia farmacológica	%	61.01	46.46	46.61	61.42*	23.54*
	IC	42.83 - 76.58	37.46 - 55.71	37.3 - 56.16	41.32 - 78.26	10.83 - 43.82
Psicoterapia individual	%	28.76*	54.61	60.92	57.71*	50.37*
	IC	16.45 - 45.28	45.72 - 63.21	52.15 - 69.04	35.57 - 77.13	19.84 - 80.63



Psicoterapia familiar	%	7.26*	7.45*	9.68*	21.27*	0
	IC	2.8 - 17.57	4.61 - 11.82	5.8 - 15.73	4.46 - 60.99	0
Psicoterapia de pareja	%	0.19*	1.31*	3.45*	0.16*	0
	IC	0.03 - 1.1	0.59 - 2.87	1.36 - 8.47	0.06 - 0.47	0
Psicoterapia grupal	%	0.53*	2.27*	5.27*	1.98*	0
	IC	0.08 - 3.44	1.12 - 4.52	2.36 - 11.35	0.57 - 6.65	0
Terapia ocupacional	%	8.73*	4.96*	5.01*	6.3*	49.63*
	IC	3.19 - 21.74	3.08 - 7.89	2.28 - 10.66	2.12 - 17.24	19.37 - 80.16
Otro	%	0	0.16*	1.49*	1.25*	0
	IC	0	0.02 - 1.06	0.52 - 4.18	0.17 - 8.42	0
NS/NR	%	14.15*	7.63*	2.34*	3.35*	0
	IC	4.29 - 37.76	3.31 - 16.6	1.21 - 4.5	0.86 - 12.16	0

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** los porcentajes más altos de personas que recibieron tratamiento están en las localidades de La Candelaria (64.76 %), Los Mártires (63.16 %), y Kennedy (62.3 %); y los más bajos están en Ciudad Bolívar (45.4 %\*), Barrios Unidos (44.03 %\*) y Usme (29.31 %\*).

**Tabla 232.** Indicadores acceso a servicios de salud mental – localidades

Recibió tratamiento				
Localidades	%	IC	#	IC
Antonio Nariño	58.98	47.31 - 69.72	8.772	6.318 – 11.226
Barrios Unidos	44.03*	24.46 - 65.65	12.443*	7.927 – 16.960
Bosa	59.72	43.3 - 74.22	41.453*	22.794 – 60.112
Chapinero	47.12	41.91 - 52.4	13.174*	0 – 31.722
Ciudad Bolívar	45.4*	29.65 - 62.12	24.188*	13.358 – 35.018
Engativá	58.8	45.91 - 70.59	73.913*	48.041 – 99.786
Fontibón	55.08*	37.02 - 71.89	25.743*	11.322 – 40.164
Kennedy	62.3	49.95 - 73.24	59.126*	40.819 – 77.433
La Candelaria	64.76	57.18 - 71.66	2.263*	1.453 – 3.073
Los Mártires	63.16	48.87 - 75.47	5.456*	3.775 – 7.137
Puente Aranda	59.11	46.54 - 70.6	25.896*	18.041 – 33.751
Rafael Uribe Uribe	60.83*	42.06 - 76.86	28.797*	10.868 – 46.726
San Cristóbal	59.65	45.13 - 72.66	18.439*	11.796 – 25.082
Santa Fe	53.01*	31.18 - 73.75	6.710*	2.517 – 10.904
Suba	59.29	41.75 - 74.75	79.957*	50.948 – 108.967
Sumapaz	50.18	37.83 - 62.5	121*	76 – 165
Teusaquillo	58.37	48.44 - 67.66	22.082*	15.211 – 28.953
Tunjuelito	51.34*	34.99 - 67.42	8.849*	6.019 – 11.680
Usaquén	46.5*	32.79 - 60.76	44.699*	28.330 – 61.069
Usme	29.31*	15.2 - 48.95	9.467*	4.622 – 14.312



La medicación/terapia farmacológica es más frecuente en las localidades de Chapinero (86.16 %), San Cristóbal (71.88 %) y La Candelaria (70.68 %); y menos frecuente en las localidades de Rafael Uribe Uribe (33.19 %), Santa Fe (33.12 %) y Sumapaz (14.99 %). La psicoterapia individual es más frecuente en las localidades de Chapinero (89.98 %), Barrios Unidos (73.42 %), y Rafael Uribe Uribe (73.12 %), y menos frecuente en las localidades de Kennedy (43.25 %), Usaquén (42.91 %) y Ciudad Bolívar (33.45 %).

La psicoterapia familiar es más frecuente en las localidades de Chapinero (74.82 %), Usme (16.8 %) y Antonio Nariño (12.52 %); y menos frecuente en las localidades de Teusaquillo (3.72 %), La Candelaria (3.05 %) y en Sumapaz

no se registran datos. La psicoterapia de pareja es más frecuente en las localidades de Usaquén (10.59 %), Usme (4.98 %) y Puente Aranda (2.35 %); en las localidades de Ciudad Bolívar, San Cristóbal, Santa Fe Kennedy y Sumapaz no se registran datos de este tratamiento.

La psicoterapia grupal es más frecuente en las localidades de Santa Fe (16.96 %), Barrios Unidos (7.09 %) y Fontibón (6.8 %); mientras en las localidades de Rafael Uribe Uribe, Chapinero, Bosa y Sumapaz no se registran datos. Y la terapia ocupacional es más frecuente en las localidades de Sumapaz (16.97 %), San Cristóbal (13.83 %) y La Candelaria (13.79 %); mientras que es menos frecuente en las localidades de Chapinero (1.63 %), Ciudad Bolívar (1.45 %) y Fontibón (0.48 %).

**Tabla 233.** Tipo de tratamiento recibido - localidades

Localidades	Medicación/ terapia farmacológica		Psicoterapia individual	Psicoterapia familiar	Psicoterapia de pareja	Psicoterapia grupal	Terapia ocupacional					
Antonio Nariño	36.89	26.46 - 48.69	48.92	36.25 - 61.73	12.52	4.75 - 29.12	1.32	0.47 - 3.7	5.59	1.67 - 17.1	9.21	3.68 - 21.2
Barrios Unidos	60.1	45.58 - 73.04	73.42	57.97 - 84.69	5.98	2.4 - 14.1	0.1	0.02 - 0.57	7.09	2 - 22.19	7.84	2.87 - 19.67
Bosa	43.62	24.41 - 64.96	68.42	48.95 - 83.04	12.02	4.02 - 30.8	0.58	0.08 - 4.01	-	-	9.45	2.99 - 26.14
Chapinero	86.16	53.12 - 97.16	89.98	63.82 - 97.86	74.82	29.87 - 95.4	1.42	0.2 - 9.26	-	-	1.63	0.26 - 9.65
Ciudad Bolívar	56.18	31.82 - 77.89	33.45	18.3 - 53.02	8.75	1.56 - 36.76	-	-	0.61	0.09 - 4.04	1.45	0.2 - 9.89
Engativá	52.05	34.12 - 69.46	64	48.52 - 77.03	10.42	4.07 - 24.18	1.38	0.29 - 6.26	6.71	1.69 - 23.17	4.72	0.7 - 25.71
Fontibón	34.92	15.92 - 60.33	73.1	52.48 - 86.99	10.54	3.64 - 26.88	2.07	0.63 - 6.59	6.8	1.9 - 21.54	0.48	0.07 - 3.09
Kennedy	46.65	30.77 - 63.23	43.25	28.86 - 58.87	4.93	1.61 - 14.09	-	-	0.91	0.16 - 4.96	3.92	1.47 - 10.04
La Candelaria	70.68	58.73 - 80.33	54.62	48.37 - 60.74	3.05	1.95 - 4.74	0.91	0.36 - 2.27	1.3	0.66 - 2.54	13.79	9.03 - 20.49
Los Mártires	58.56	43.13 - 72.48	50.51	34.55 - 66.38	7.22	2.83 - 17.24	0.96	0.22 - 4.12	2.5	0.85 - 7.14	5.15	1.81 - 13.78
Puente Aranda	47.39	31.84 - 63.47	46.97	32.66 - 61.8	3.84	1.24 - 11.26	2.35	0.63 - 8.4	4.47	1.18 - 15.47	6.76	3.19 - 13.79
Rafael Uribe Uribe	33.19	14.83 - 58.62	73.12	48.41 - 88.75	10.4	3.2 - 28.98	1.47	0.21 - 9.74	-	-	2.87	0.8 - 9.83
San Cristóbal	71.88	54.62 - 84.45	44.56	28.56 - 61.78	6.51	1.88 - 20.18	-	-	3.01	0.66 - 12.66	13.83	6.09 - 28.42
Santa Fe	33.12	19.18 - 50.82	54.15	37.92 - 69.55	6.38	3.33 - 11.87	-	-	16.96	3.98 - 50.14	3.5	0.63 - 17.19





Suba	47.17	28.91 - 66.22	50.54	32.05 - 68.89	4.42	1.39 - 13.2	0.89	0.13 - 5.96	1.73	0.24 - 11.27	4.21	1.45 - 11.65
Sumapaz	14.99	7.55 - 27.59	56.87	40.25 - 72.08	-	-	-	-	-	-	16.97	5.71 - 40.84
Teusaquillo	52.79	37.21 - 67.85	62.16	49.82 - 73.11	3.72	1.25 - 10.57	0.38	0.14 - 1.01	1.5	0.42 - 5.13	11.3	3.5 - 30.92
Tunjuelito	48.35	32.23 - 64.82	63.61	47.28 - 77.3	4.32	1.67 - 10.72	2.02	0.46 - 8.47	4.28	0.77 - 20.43	2.16	0.46 - 9.55
Usaquén	46.78	28.7 - 65.74	42.91	27.92 - 59.33	11.18	3.97 - 27.68	10.59	3.05 - 30.82	5.82	1.14 - 24.82	4.54	1.51 - 12.85
Usme	44.33	20.07 - 71.64	50.24	25.22 - 75.14	16.8	4.98 - 43.74	4.98	0.69 - 28.24	5.41	0.76 - 30.05	10.33	2.36 - 35.49

**Zonas:** si bien son más las personas en zona urbana las que han consultado por salud mental, el porcentaje de personas que reciben tratamiento en zona urbana y rural es muy similar.

**Tabla 234.** Indicadores acceso a servicios de salud mental - zona

Recibió tratamiento				
Zona	%	IC	#	%
Urbana	55.21	50.71 - 59.62	510.629	449.926 - 571.332
Rural	56.41	46.38 - 65.94	920	658 - 1.182

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

El tratamiento que con más frecuencia reciben las personas en zona rural y en zona urbana es de psicoterapia individual, sin embargo, el porcentaje de personas atendidas con este tratamiento en zona rural (72.9 %) es mucho más alto que en zona urbana (55.93 %); el segundo tratamiento más frecuente también es el mismo en zona urbana y rural, y es la

medicación y/o terapia farmacológica, pero es significativamente más alto el número de personas atendidas por este tratamiento en zona urbana (48.86 %) que en zona rural (17.73 %\*). La terapia ocupacional es el tratamiento que con menor frecuencia reciben las personas en zona rural (2.22 %\*) y en zona urbana es la psicoterapia de pareja (1.98 %\*).

**Tabla 235.** Tipo de tratamiento recibido - zona

Tratamiento	Urbana		Rural	
	%	IC	%	IC
Medicación/terapia farmacológica	48.86	42.68 - 55.07	17.73*	9.84 - 29.85
Psicoterapia individual	55.93	50.07 - 61.63	72.9	60.63 - 82.45
Psicoterapia familiar	9.68*	6.25 - 14.71	9.15*	3.94 - 19.82
Psicoterapia de pareja	1.98*	0.99 - 3.91	-	-
Psicoterapia grupal	3.33*	1.91 - 5.74	-	-
Terapia ocupacional	5.33*	3.64 - 7.75	2.22*	0.72 - 6.66
Otro	0.78*	0.33 - 1.84	-	-
NS/NR	5.48*	3.09 - 9.53	8.68*	5.15 - 14.26

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



### 3. Experiencia con la atención

Con relación a la dificultad y barreras para acceder a la atención en salud mental, el 16.74 % de las personas manifiestan que les han negado la admisión a ciertos servicios de salud y desconocen la razón. Al indagar por la última cita, el 41.38 % de las personas considera que fue difícil obtener la cita, y el

motivo (barrera de acceso) más frecuente es tener que esperar mucho tiempo para la asignación de la cita 65.35 %; le sigue la demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización 26.97 %; tener que hacer varias llamadas 20.78 %, y dificultades en el transporte 2.41 %\*.

**Tabla 236.** Experiencia con la atención

Percepción	%	IC
Le preguntaron qué quería de su tratamiento	46.83	40.91 - 52.84
Su tratamiento se adapta a sus necesidades	83.44	79.48 - 86.76
Su tratamiento se monitorea con regularidad para ver si está funcionando	53	46.95 - 58.96
Se ha sentido discriminado/a en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género	5.32*	3.26 - 8.58

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Sexo:** les han negado la admisión a ciertos servicios de salud sin entender por qué al 18.63 %\* de los hombres, el 14.83 % de las mujeres y el 70.54 %\* de las personas intersexuales. Para el 36.2 % de los hombres

y el 45.15 % de las mujeres no fue fácil obtener la última cita, y el principal motivo fue tener que esperar mucho tiempo para que les asignaran la cita.

**Tabla 237.** Experiencia con la atención

Percepción	Hombre		Mujer		Intersexual	
	%	IC	%	IC	%	IC
Le preguntaron qué quería de su tratamiento	48.88	39.05 - 58.79	45.65	38.34 - 53.15	27.69*	6.69 - 67.14
Su tratamiento se adapta a sus necesidades	84.49	77.18 - 89.77	82.95	78.35 - 86.74	65.54*	24.57 - 91.74
Su tratamiento se monitorea con regularidad para ver si está funcionando	56.14	45.68 - 66.08	50.68	43.14 - 58.18	60.11*	21.04 - 89.5
Se ha sentido discriminado/a en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género	4.72*	1.88 - 11.34	5.39*	2.92 - 9.73	51.88*	15.5 - 86.37

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Curso de vida:** no les fue fácil obtener la última cita al 60.34 % de los adolescentes; el 46.47 % de los jóvenes; el 35.5 % de los adultos y el 37.47 % de los adultos mayores. El principal motivo o barrera para todas las personas, en sus distintos momentos de vida, fue que tuvieron que esperar mucho tiempo para la

asignación de la cita; el segundo motivo o barrera para los jóvenes, adultos y personas mayores fue la demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización; mientras que para los adolescentes es el tener que hacer muchas llamadas.

**Tabla 238.** Experiencia con la atención – curso de vida

Percepción	Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Le preguntaron qué quería de su tratamiento	29.92*	14.59 - 51.62	53.53	41.65 - 65.03	45.17	37.04 - 53.56	49.08	36.97 - 61.3
Su tratamiento se adapta a sus necesidades	89.05	69.15 - 96.72	89.05	84.05 - 92.62	78.92	72.07 - 84.45	84.34	75.56 - 90.37
Su tratamiento se monitorea con regularidad para ver si está funcionando	52.34*	28.68 - 75	47.78	36.32 - 59.48	55.73	47.12 - 64.02	54.58	42.35 - 66.28
Se ha sentido discriminado/a en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género	8.68*	1.79 - 33.15	3.14*	1.89 - 5.16	6.79*	3.47 - 12.86	1.96*	0.86 - 4.41

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** a las personas del estrato 1 les preguntan con más frecuencia sobre las expectativas de su tratamiento (62.02 %); las personas de los estratos 4, 5 y 6 son las que con más frecuencia manifiestan que su tratamiento se adapta a sus necesidades (91.27 %); las personas en zona rural son las que con más frecuencia afirman que su tratamiento

se monitorea con regularidad para ver si está funcionando (79.7 %), y las personas del estrato 3 son las que con mayor frecuencia se sienten discriminadas en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género (7,67 %\*), aunque estas diferencias no son significativas estadísticamente.

**Tabla 239.** Experiencia con la atención – estrato socioeconómico

Percepción		1	2	3	4, 5 y 6	Rural
		Le preguntaron qué quería de su tratamiento	%	62.02	42.89	46.2
	IC	45.15 - 76.41	34.86 - 51.32	36.97 - 55.7	36.63 - 77.96	25.29 - 64.29
Su tratamiento se adapta a sus necesidades	%	78.63	79.08	87.17	91.27.	79.7
	IC	63.92 - 88.43	71.59 - 85.01	82.49 - 90.74	82.26 - 95.93	49.17 - 94.09



Su tratamiento se monitorea con regularidad para ver si está funcionando	%	71.49	49.12	55.48	50.53*	79.7
	IC	55.94 - 83.2	40.32 - 57.97	45.84 - 64.74	30.06 - 70.82	49.17 - 94.09
Se ha sentido discriminado/a en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género	%	2.07*	3.75*	7.67*	5.81*	-
	IC	0.95 - 4.47	1.99 - 6.95	3.52 - 15.9	1.67 - 18.26	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** en las localidades donde con más frecuencia les preguntaron a las personas sobre sus expectativas en el tratamiento son: Chapinero (87.67 %), Antonio Nariño (66.1 %) y Ciudad Bolívar (64.34 %); donde menos lo hacen es en las localidades de Sumapaz (35.17 %), Santa Fe (32.16 %) y Bosa (28.26 %). Las localidades donde las personas manifiestan con mayor frecuencia que su tratamiento se adapta a sus necesidades son Chapinero (94,17%), Rafael Uribe Uribe (91 %) y Fontibón (90.74 %); y donde menos lo hacen es en las localidades de San Cristóbal (67.08 %), Santa Fe (64.79 %) y Usme (49.64 %).

para saber si funciona en las localidades de Santa Fe (84.58 %), Los Mártires (82.43 %) y Rafael Uribe Uribe (78.53 %); mientras en donde menos afirman esto es en las localidades de Bosa (40.56 %), Sumapaz (39.13 %) y Chapinero (13.65 %). En las localidades de Barrios Unidos (27.5 %), Rafael Uribe Uribe (22.94 %) y Santa Fe (7.89 %) es donde con más frecuencia las personas afirman que se han sentido discriminadas en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género; mientras en las localidades de Ciudad Bolívar (1.64 %) y Bosa (0.33 %), es donde menos se presenta esta situación; Los Mártires y Tunjuelito no registran datos.

Las personas aseguran con más frecuencia que su tratamiento es monitoreado con regularidad

**Tabla 240.** Experiencia con la atención – localidades

Localidades	¿Le preguntaron qué quería de su tratamiento?		¿Su tratamiento se adapta a sus necesidades?		¿Su tratamiento se monitorea con regularidad para ver si está funcionando?		¿Alguna vez se ha sentido discriminado/a en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género?	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	66.1	53.76 - 76.58	82.4	73.56 - 88.74	42.33	30.04 - 55.64	2.11	1.11 - 3.98
Barrios Unidos	45.28	29.62 - 61.94	83.93	74.54 - 90.31	55.67	41.4 - 69.07	27.5	7.14 - 65.18
Bosa	28.26	14.49 - 47.78	78.86	58.61 - 90.77	40.56	23.2 - 60.65	0.33	0.05 - 2.3
Chapinero	87.67	56.48 - 97.5	94.17	76.39 - 98.77	13.65	2.57 - 48.64	2.57	0.4 - 14.85
Ciudad Bolívar	64.34	42.03 - 81.78	77.02	57.35 - 89.31	58.27	39.01 - 75.3	1.64	0.55 - 4.77
Engativá	46.74	30.68 - 63.5	86.16	66.04 - 95.22	60.81	42.68 - 76.38	2.55	1.05 - 6.04
Fontibón	54.23	27.49 - 78.74	90.74	79.11 - 96.2	77.6	59.46 - 89.11	4.05	1.25 - 12.35
Kennedy	51.95	36.12 - 67.4	87.42	77.53 - 93.33	42.86	27.7 - 59.48	2.72	0.98 - 7.37
La Candelaria	61.62	57.65 - 65.44	87.18	81.43 - 91.33	75.81	65.66 - 83.7	3.82	2.87 - 5.07



Los Mártires	63.64	47.45 - 77.23	81.34	66.87 - 90.4	82.43	68.87 - 90.87	-	-
Puente Aranda	50.92	35.06 - 66.6	70.79	55.73 - 82.35	48.86	33.31 - 64.63	4.87	1.58 - 14.01
Rafael Uribe Uribe	40.12	17.86 - 67.36	91	76.38 - 96.94	78.53	57.7 - 90.74	22.94	5.78 - 59.08
San Cristóbal	45.5	29.56 - 62.42	67.08	53.5 - 78.3	41.41	26.97 - 57.51	3.28	1.34 - 7.78
Santa Fe	32.16	14.2 - 57.61	64.79	45.37 - 80.31	84.58	67.36 - 93.58	7.89	2.02 - 26.22
Suba	36.67	22.38 - 53.76	86.43	73.03 - 93.74	45.96	28.81 - 64.13	6.07	1.97 - 17.19
Sumapaz	35.17	24.35 - 47.76	86.11	76.42 - 92.23	39.13	21.54 - 60.08	3.48	1.2 - 9.71
Teusaquillo	61.59	48.78 - 72.97	84.77	73.59 - 91.75	58.73	46.31 - 70.13	3.41	1.7 - 6.73
Tunjuelito	40.01	24.16 - 58.26	78.59	58.86 - 90.4	48.26	32.45 - 64.43	-	-
Usaquén	43.22	25.24 - 63.18	88.28	76.98 - 94.43	55.31	39.08 - 70.49	5.98	1.62 - 19.74
Usme	43.25	20.86 - 68.79	49.64	24.59 - 74.87	41.77	19.81 - 67.57	3.44	0.83 - 13.19

**Zonas:** el 46.85 % de las personas en zona urbana y el 32.43 %\* en zona rural manifiestan que les han preguntado sobre sus expectativas con el tratamiento; en zona urbana el 83.43 % de las personas piensan que su tratamiento se adapta a sus necesidades y en zona rural piensan lo mismo el 86.26 %, la diferencia no es significativa. El 52.97 % de las personas en zona urbana y el 70.27 % en zona rural afirman que su tratamiento es monitoreado

con regularidad para saber si está funcionando, esta diferencia no llega a ser significativa estadísticamente. En la zona rural son más las personas que se han sentido discriminadas en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género 23.35 %\*, respecto de la zona urbana donde este porcentaje llega al 5.29 %\*, y aunque esta diferencia es significativa los datos tienen un margen de error mayor al 15 %.

**Tabla 241.** Experiencia con la atención por zona

Percepción	Urbana		Rural	
	%	IC	%	IC
Le preguntaron qué quería de su tratamiento	46.85	40.93 - 52.87	32.43*	21.63 - 45.5
Su tratamiento se adapta a sus necesidades	83.43	79.47 - 86.76	86.26	79.24 - 91.16
Su tratamiento se monitorea con regularidad para ver si está funcionando	52.97	46.91 - 58.94	70.27	57.62 - 80.43
Se ha sentido discriminado/a en un servicio de salud por su orientación sexual o su identidad de género	5.29*	3.22 - 8.56	23.35*	12.68 - 39.01

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

#### 4. Dificultades o barreras de acceso

En cuanto a la oportunidad de la atención en salud, lo más frecuente es que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la consulta sea: de 1 a 5 días (26.85 %); de 6 a 15 días (20.26 %); de 2 a 3 meses (19.77 %); de 16 a 30 días (15.98 %); de 4 a 6 meses (10.22 %\*);

más de un año (4.45 %); y de 7 a 12 meses (2.48 %\*). Si se considera que la atención no es oportuna cuando la cita se da o asigna 2 meses después de la solicitud, en el 52.9 % de los casos la atención no es oportuna.

**Tabla 242.** Dificultades y/o barreras de acceso

Dificultad o barrera	%	IC
Le han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no pudo entender por qué	16.74	13.71 - 20.29
No le fue fácil obtener la cita	41.38	36.57 - 46.35
Tuvo que esperar mucho tiempo para que asignaran la cita	65.35	58.46 - 71.66
Tuvo que hacer varias llamadas	20.78	15.91 - 26.67
Demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización	26.97	21.07 - 33.81
Dificultades en el transporte	2.41*	1.43 - 4.04
Otro	1.27*	0.65 - 2.46
NS/NR	1.27*	0.65 - 2.46

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Sexo:** lo más frecuente en los hombres (32.16 %) y en las mujeres (22.8 %) es que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta sea de 1 a 5 días; para la mayor parte (67.28 %) de las personas intersexuales este tiempo es de 2 a 3 meses. El tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la fecha de consulta es de 30 días

o menos para el 70.08 % de los hombres, el 57.85 % de las mujeres y el 17.28 % de las personas intersexuales; mientras que el tiempo transcurrido entre la cita y la consulta es de 2 meses o más para el 29.92 % de los hombres, el 42.15 % de las mujeres y el 82.71 % de las personas intersexuales.

**Tabla 243.** Dificultades y/o barreras de acceso - sexo

Dificultad o barrera	Hombres		Mujer		Intersexual	
	%	IC	%	IC	%	IC
Le han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no pudo entender por qué	18.63*	13.23 - 25.57	14.83	11.72 - 18.58	70.54*	32.01 - 92.41
No le fue fácil obtener la cita	36.2	28.67 - 44.47	45.15	39.49 - 50.93	69.9*	31.36 - 92.19
Tuvo que esperar mucho tiempo para que asignaran la cita	55.68	43.24 - 67.44	71.21	63.64 - 77.75	77.92*	25.92 - 97.27
Tuvo que hacer varias llamadas	20.67*	13.19 - 30.87	21.13	15.05 - 28.82	-	-
Demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización	37.94*	26.6 - 50.77	20.5	15.14 - 27.15	-	-
Dificultades en el transporte	2.99*	1.22 - 7.12	2.09	1.15 - 3.76	-	-
Otro	2.76*	1.24 - 6.03	0.36	0.16 - 0.82	-	-
NS/NR	2.76*	1.24 - 6.03	0.36	0.16 - 0.82	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Curso de vida:** respecto al tiempo transcurrido entre el momento de hacer la solicitud de la cita y la fecha de la consulta, en los adolescentes lo más frecuente (46.88 %\*) es que pasen de 4 a

6 meses; en los jóvenes (29.81 %) y los adultos (29.98 %) 1 a 5 días; y en los adultos mayores de 16 a 30 días (22.48 %\*).

**Tabla 244.** Dificultades y/o barreras de acceso - curso de vida

Dificultad o barrera	Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Le han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no pudo entender por qué	6.15*	1.92 - 17.95	10.55*	6.99 - 15.63	20.85	15.82 - 26.97	24.3*	17.08 - 33.34
No le fue fácil obtener la cita	60.34	43.31 - 75.18	46.47	37.51 - 55.67	35.5	29.31 - 42.21	37.47	28.97 - 46.82
Tuvo que esperar mucho tiempo para que asignaran la cita	76.28	57.28 - 88.52	72.12	61.61 - 80.65	58.61	47.96 - 68.52	56.45	42.05 - 69.83
Tuvo que hacer varias llamadas	35.78*	16.57 - 60.97	16.89*	10.19 - 26.67	18.61*	12.75 - 26.34	22.7*	11.85 - 39.1
Demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización	11.14*	4.28 - 26	27.73*	18.69 - 39.04	32.17*	22.64 - 43.46	24.02*	13.63 - 38.77
Dificultades en el transporte	0.58*	0.14 - 2.39	1.93*	0.78 - 4.71	3.5*	1.68 - 7.13	1.97*	0.83 - 4.64
Otro	2.12*	0.4 - 10.42	0.94*	0.27 - 3.2	1.51*	0.61 - 3.71	0.25*	0.04 - 1.5
NS/NR	2.12*	0.4 - 10.42	0.94*	0.27 - 3.2	1.51*	0.61 - 3.71	0.25*	0.04 - 1.5

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** las personas del estrato 1 son las que con más frecuencia (29.71 %) manifiestan que les han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no pueden entender por qué, aunque la diferencia solo es significativa respecto de las personas en estratos 4, 5 y 6. Las personas de los estratos 4, 5 y 6 son las que manifiestan con más

frecuencia (85.69 %) que les fue difícil obtener la última cita, esta diferencia es significativa frente a los estratos 1, 2 y 3. La demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización la manifiestan con mayor frecuencia las personas en zona rural (53.69 %\*), aunque la diferencia no es significativa estadísticamente frente a los estratos.

**Tabla 245.** Dificultades y/o barreras de acceso - estrato socioeconómico

Percepción		1	2	3	4,5 y 6	Rural
Le han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no pudo entender por qué	%	29.71*	16.53	17.66*	5.33*	-
	IC	17.57 - 45.59	12.4 - 21.71	12.62 - 24.14	2.65 - 10.41	-
No le fue fácil obtener la cita	%	47.22	53.39	59.28	85.69	74.2
	IC	34.37 - 60.45	46.2 - 60.44	51.66 - 66.48	75.18 - 92.21	56.65 - 86.36



Tuvo que esperar mucho tiempo para que asignaran la cita	%	51.9*	70.08	62.63	64.33	100
	IC	31.39 - 71.79	59.63 - 78.79	51.67 - 72.43	45.58 - 79.52	100 - 100
Tuvo que hacer varias llamadas	%	23.35*	24.58*	16.58*	6.22*	-
	IC	10.24 - 44.84	17.05 - 34.08	10.43 - 25.34	3.06 - 12.23	-
Demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización	%	22.53*	25.66*	30.04*	25.05*	53.69*
	IC	11.06 - 40.48	17.17 - 36.49	20.85 - 41.18	13 - 42.78	19.12 - 85.04
Dificultades en el transporte	%	3.86*	2.1*	2.7*	0.08*	-
	IC	0.95 - 14.4	0.87 - 4.97	1.33 - 5.39	0.01 - 0.4	-
Otro	%	4.17*	0.95*	0.88*	1.87*	-
	IC	1.34 - 12.25	0.31 - 2.92	0.21 - 3.59	0.3 - 10.83	-
NS/NR	%	4.17*	0.95*	0.88*	1.87*	-
	IC	1.34 - 12.25	0.31 - 2.92	0.21 - 3.59	0.3 - 10.83	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** las localidades donde más personas afirmaron que les han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no entienden por qué es en Ciudad Bolívar (33.52 %), Rafael Uribe Uribe (32.83 %) y Sumapaz (27.55 %); mientras esta situación es menos frecuente en las localidades de Teusaquillo (10.9 %), Usaquén (10.52 %) y Chapinero (7.39 %). En las localidades donde las personas, en mayor medida, afirman que no les fue fácil conseguir la cita son Tunjuelito (60.94 %), Usme (60.24 %) y Bosa (57.99 %); mientras que la menor cantidad de personas que lo afirmó estuvo en las localidades de Teusaquillo (29.11%), La Candelaria (26.41 %) y Chapinero (14.02 %).

**Zonas:** en la zona rural es más frecuente (41.33 %) que a las personas les hayan negado la admisión a ciertos servicios de salud sin entender por qué, en comparación con la zona urbana (16.7 %); el porcentaje de personas que han tenido dificultades para acceder a una cita es similar en zona urbana (58.62 %) y en la zona rural (59.11 %). La principal dificultad o barrera que enfrentan tanto las personas en zona urbana como en zona rural es tener que esperar mucho tiempo para que les asignen la cita, y aunque el porcentaje es mayor en zona urbana (65.37 %) frente a la zona rural (54.88 %), esta diferencia no es significativa estadísticamente. La segunda barrera más frecuente en zona urbana es la demora por parte de las EPS para dar autorizaciones (26.99 %) y en zona rural es tener que hacer muchas llamadas (24.6 %\*).

**Tabla 246.** Dificultades y/o barreras de acceso zona

Dificultad o barrera	Urbana		Rural	
	%	IC	%	IC
Le han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no pudo entender por qué	16.7	13.67 - 20.25	41.33	30.38 - 53.22
No le fue fácil obtener la cita	41.38	36.57 - 46.36	40.89	32.09 - 50.32
Tuvo que esperar mucho tiempo para que asignaran la cita	65.37	58.46 - 71.68	54.88	39.63 - 69.27
Tuvo que hacer varias llamadas	20.78	15.9 - 26.67	24.6*	14.62 - 38.33
Demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización	26.99	21.08 - 33.84	18.58*	10.34 - 31.11





Dificultades en el transporte	2.4*	1.42 - 4.04	7.46*	2.16 - 22.78
Otro	1.27*	0.65 - 2.47	-	-
NS/NR	1.27*	0.65 - 2.47	-	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

### 5. Oportunidad y calidad de la atención

Frente a la calidad de la atención el 64.08 % de las personas consideran que el tiempo de la consulta fue “adecuado o suficiente”. El

58.19 % de las personas califican el servicio como “bueno o muy bueno”, el 23.72 % como “regular”, y el 18.09 % como “malo o muy malo”.

**Tabla 247.** Oportunidad de la atención

Tiempo transcurrido	%	IC
1 a 5 días	26.85	22.76 - 31.37
De 6 a 15 días	20.26	16.71 - 24.34
De 16 a 30 días	15.98	13.14 - 19.3
De 2 a 3 meses	19.77	16.15 - 23.96
De 4 a 6 meses	10.22*	7.39 - 13.97
De 7 a 12 meses	2.48*	1.42 - 4.28
Más de un año	4.45	3.36 - 5.86

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Tabla 248.** Calidad de la atención

Calidad de atención	%	IC
Tiempo de la consulta fue adecuado o suficiente	64.08	59.28 - 68.61
Calificación del servicio recibido de consulta en salud mental		
	%	IC
Muy bueno	25.9	21.93 - 30.31
Bueno	32.29	27.61 - 37.36
Regular	23.72	19.94 - 27.95
Malo	8.26*	6.06 - 11.16
Muy malo	9.83	7.57 - 12.68

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Sexo:** en general, el tiempo de la consulta es “adecuado o suficiente” para los hombres (63.81 %), las mujeres (62.49 %) y las personas intersexuales (63.98 %\*). El servicio recibido fue “bueno o muy bueno” para el 60.74 % de los hombres, el 56.28 % de las mujeres y el 46.69 % de las personas

intersexuales; mientras que fue “regular” para el 21.28 % de los hombres, el 25.24 % de las mujeres y el 17.28 %\* de las personas intersexuales; y el servicio recibido fue “malo o muy malo” para el 17.4 % de los hombres, el 18.49 % de las mujeres y el 36.02 % de las personas intersexuales.

**Tabla 249.** Oportunidad de la atención - sexo

Tiempo transcurrido	Hombres		Mujeres		Intersexual	
	%	IC	%	IC	%	IC
1 a 5 días	32.16	24.94 - 40.35	22.8	18.76 - 27.42	-	-
De 6 a 15 días	21.3	16.11 - 27.6	19.6	15.36 - 24.68	-	-
De 16 a 30 días	16.62*	11.88 - 22.76	15.45	12.16 - 19.43	17.28*	2.74 - 60.75
De 2 a 3 meses	16.11*	11.1 - 22.81	22.29	17.5 - 27.93	67.28*	27.17 - 91.89
De 4 a 6 meses	8.47*	4.64 - 14.95	11.73*	8.01 - 16.86	-	-
De 7 a 12 meses	1.59*	0.67 - 3.73	3.22*	1.61 - 6.34	-	-
Más de un año	3.75*	2.32 - 6	4.91*	3.51 - 6.85	15.43*	2.19 - 59.78

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Tabla 250.** Calidad de la atención - sexo

Calidad de atención	Hombres		Mujeres		Intersexual	
	%	IC	%	IC	%	IC
Tiempo de la consulta fue adecuado o suficiente	63.81	55.39 - 71.46	64.29	58.74 - 69.48	63.98*	25.31 - 90.3
Calificación del servicio recibido de consulta en salud mental	Hombres		Mujeres		Intersexual	
	%	IC	%	IC	%	IC
Muy bueno	28.5	21.6 - 36.57	24.07	19.87 - 28.84	-	-
Bueno	32.24	24.11 - 41.62	32.21	26.93 - 37.98	46.69*	12.72 - 84.04
Regular	21.86	16.12 - 28.94	25.24	20.51 - 30.62	17.28*	2.74 - 60.75
Malo	7.26*	3.82 - 13.38	9.06*	6.69 - 12.17	7.12*	0.91 - 39.07
Muy malo	10.14*	6.19 - 16.17	9.43	7.32 - 12.06	28.9*	6.71 - 69.67

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Curso de vida:** para los adolescentes la calificación más frecuente por el servicio recibido es “bueno” (42.71 %); para los jóvenes es “muy bueno” (29.07 %); para los adultos es “bueno” (32.87 %), y para los adultos mayores también es “bueno” (37.19 %).

**Tabla 251.** Oportunidad de la atención – curso de vida

Tiempo transcurrido	Adolescencia		Juventud		Adulthood		Vejez	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
1 a 5 días	0.98*	0.34 - 2.83	29.81	22.42 - 38.42	29.98	24.07 - 36.64	18.16*	12.54 - 25.56
De 6 a 15 días	13.71*	5.05 - 32.19	18.29*	12.13 - 26.65	22.3	17.72 - 27.66	19.93*	13.95 - 27.64
De 16 a 30 días	3.73*	1.06 - 12.26	11.66*	7.68 - 17.33	18.56	14.19 - 23.92	22.48*	15.24 - 31.86
De 2 a 3 meses	27.85*	13.45 - 48.96	25.03*	17.59 - 34.32	15.76*	11.65 - 20.97	19.04*	11.98 - 28.91
De 4 a 6 meses	46.88*	24.15 - 70.99	10.86*	5.93 - 19.08	4.89*	3.39 - 7	13.4*	7.24 - 23.45
De 7 a 12 meses	1.9*	0.45 - 7.71	0.84*	0.32 - 2.19	3.76*	1.88 - 7.38	1.57*	0.64 - 3.75
Más de un año	4.95*	0.77 - 25.83	3.5*	1.96 - 6.17	4.75*	3.36 - 6.67	5.43*	3.18 - 9.12

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.



**Tabla 252. Calidad de la atención – curso de vida**

Calidad de atención	Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Tiempo de la consulta fue adecuado o suficiente	63.38*	43.5 - 79.55	56.35	47.51 - 64.8	66.02	59.26 - 72.19	77.2	68.92 - 83.8
Calificación del servicio recibido de consulta en salud mental								
Curso de vida	Adolescencia		Juventud		Adultez		Vejez	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Muy bueno	16.92	8.39 - 31.18	29.07	21.36 - 38.21	25.85	19.98 - 32.74	25.08*	17.8 - 34.11
Bueno	42.71*	26.57 - 60.56	26.32*	19.11 - 35.08	32.87	25.61 - 41.05	37.19	27.58 - 47.93
Regular	26*	13.26 - 44.68	22.85*	16.66 - 30.51	24.48	19.11 - 30.78	20.81*	14.46 - 29.01
Malo	4.83*	1.27 - 16.7	11.28*	6.06 - 20.05	7.26*	5.36 - 9.75	7.32*	3.57 - 14.44
Muy malo	9.54*	4.38 - 19.53	10.48*	7.34 - 14.74	9.54*	6.03 - 14.78	9.59*	5.98 - 15.04

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Estratos socioeconómicos:** en todos los estratos de la muestra (1, 2, 3, 4, 5 y 6) lo más frecuente es que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta sea de 1 a 5 días. El 37.15 % de las personas en estrato 1 manifiesta que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta es de 2 meses y más; y el 62.84 % dice que es de 30 o menos días. En el estrato 2, el 40.57 % dice que el tiempo transcurrido es 2 meses y más; mientras

el 59.42 % afirma que es de 30 días o menos. En el estrato 3, el 38.31 % de las personas dice que el tiempo transcurrido entre la solicitud y la consulta fue de 2 meses o más; y el 61.69 % que fue de 30 días o menos. El 17.4 % de las personas en estrato 4, 5 y 6 dicen que el tiempo transcurrido entre la solicitud y la consulta fue de 2 meses o más, y el 82.6 % dice que fue de 30 días o menos.

**Tabla 253. Oportunidad de la atención – estrato socioeconómico**

Percepción	Estrato socioeconómico					
		1	2	3	4, 5 y 6	Rural
1 a 5 días	%	23.21*	23.08	29.63	35.17*	25.8*
	IC	12.41 - 39.21	17.35 - 30.02	22.75 - 37.58	24.58 - 47.46	11.34 - 48.59
De 6 a 15 días	%	19.56*	18.53	18.25*	34.4*	30.7*
	IC	11.68 - 30.91	14.32 - 23.64	13.29 - 24.54	19.86 - 52.6	16.52 - 49.81
De 16 a 30 días	%	20.07*	17.81	13.81*	13.03*	13.85*
	IC	11.44 - 32.81	13.29 - 23.46	9.9 - 18.95	6.56 - 24.23	5.49 - 30.79
De 2 a 3 meses	%	17.45*	22.89*	19.39	10.09*	29.64*
	IC	8.97 - 31.2	16.79 - 30.39	14.88 - 24.87	4.71 - 20.29	12.91 - 54.48
De 4 a 6 meses	%	8.06*	9.2*	13.37*	5.27*	-
	IC	3.34 - 18.19	5.96 - 13.95	7.87 - 21.81	1.43 - 17.52	-



De 7 a 12 meses	%	2.95*	3.22*	2.14*	0.31*	-
	IC	0.94 - 8.86	1.34 - 7.57	1.14 - 3.97	0.1 - 0.93	-
Más de un año	%	8.69*	5.26*	3.41*	1.73*	-
	IC	20.07*	17.81	13.81*	13.03*	13.85*

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

El 61.88 % de las personas en estrato 1 piensan que el tiempo de consulta fue “adecuado o suficiente”, y con mayor frecuencia califican el servicio recibido como “bueno”; en el estrato 2, el 64.13 % de las personas piensan que el tiempo de la consulta fue el “adecuado” y con mayor frecuencia califican el servicio recibido como “bueno”; en el estrato 3, el 61.53 %

consideran el tiempo de la consulta como “adecuado” y con mayor frecuencia valoran el servicio recibido como “regular”; y en los estratos 4, 5 y 6, el 74.15 % de las personas piensan que el tiempo de la consulta fue el “adecuado”; lo más frecuente (56.46 %\*) es que valoren el servicio recibido como “bueno”.

**Tabla 254.** Calidad de la atención – estrato socioeconómico

Percepción		1	2	3	4, 5 y 6	Rural
Tiempo de la consulta fue adecuado o suficiente	%	61.88	64.13	61.53	74.15	74.2
	IC	46.98 - 74.84	57.1 - 70.61	53.81 - 68.72	57.84 - 85.7	56.65 - 86.36
<b>Calificación del servicio recibido de consulta en salud mental</b>						
Muy bueno	%	18.5*	28.17	25.31	23.91*	30.7*
	IC	11.26 - 28.9	22 - 35.29	19.41 - 32.27	13.75 - 38.24	16.52 - 49.81
Bueno	%	44.85*	28.96	26.65	56.46*	29.64*
	IC	31.42 - 59.07	23.12 - 35.6	20.56 - 33.78	38.44 - 72.92	12.91 - 54.48
Regular	%	19.93*	23	28.66	12.18*	25.8*
	IC	12.56 - 30.15	17.91 - 29.03	21.89 - 36.54	6.11 - 22.8	11.34 - 48.59
Malo	%	6.35*	7.33*	11.04*	3.76*	-
	IC	2.09 - 17.7	4.97 - 10.67	6.62 - 17.85	1.76 - 7.86	-

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

**Localidades:** la principal dificultad que manifiestan las personas es que tienen que esperar mucho tiempo para que les asignen la cita, esta dificultad es más frecuente en las localidades de Sumapaz (60.94 %), San Cristóbal (60.24 %) y Antonio Nariño (57.99 %); donde es menos frecuente es en las localidades de Chapinero (39.24 %), Barrios Unidos (38.35 %) y Santa Fe (35.44 %).

La segunda dificultad más frecuente es la demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización, y en las localidades de Tunjuelito (53.64 %), Puente Aranda (36.15 %) y Rafael Uribe Uribe (35.46 %) es donde se presentan con mayor frecuencia; mientras que es menos frecuente en las localidades de Sumapaz (12.57 %), San Cristóbal (5.71 %) y Los Mártires (3.92 %). Tener que hacer varias llamadas es una dificultad que se presenta



con mayor frecuencia en las localidades de Usme (49.35 %), Chapinero (45.7 %), y Engativá (43.62 %); y en menor frecuencia en las localidades de Santa Fe (6.73 %), y Usaquén (6.43 %); en la localidad de Suba no se registran datos.

En las localidades donde más expresan tener dificultades con el transporte son: Tunjuelito (9.38 %), Chapinero (8.63 %) y Santa Fe (8.19 %); y en las que menos es en las localidades de Engativá (1.17 %) y Teusaquillo (0.1 %); en las localidades de Suba, Usaquén y Sumapaz no se registran datos.

**Tabla 255.** Dificultades y/o barreras de acceso - localidades

Localidades	Le han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no pudo entender por qué		No le fue fácil obtener la cita		Tuvo que esperar mucho tiempo para que asignaran la cita		Tuvo que hacer varias llamadas		Demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización		Dificultades en el transporte	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	16.38	10.12 - 25.43	42.15	32 - 53	75.54	64.7 - 83.88	20.49	12.06 - 32.64	25.78	16.74 - 37.5	3.31	0.87 - 11.79
Barrios Unidos	18.94	9.86 - 33.29	30.04	16.24 - 48.75	38.35	25.21 - 53.44	26.34	14.36 - 43.27	34.37	20.8 - 51.08	2.88	0.85 - 9.32
Bosa	12.06	7.13 - 19.66	57.99	41.94 - 72.5	67.71	47.93 - 82.69	29.29	14.56 - 50.18	22.45	10.45 - 41.78	3.92	0.59 - 21.81
Chapinero	7.39	1.65 - 27.54	14.02	2.99 - 46.25	39.24	15.98 - 68.68	45.7	16.08 - 78.71	26.83	11.21 - 51.57	8.63	2.66 - 24.59
Ciudad Bolívar	33.52	18.18 - 53.36	56.66	38.6 - 73.12	54.96	28.09 - 79.21	8.78	2.05 - 30.7	21.95	6.72 - 52.32	4.07	0.8 - 18.21
Engativá	16.01	8.55 - 27.98	36.79	24.23 - 51.44	64.65	43.6 - 81.23	43.62	27.61 - 61.08	33.31	16.15 - 56.42	1.17	0.24 - 5.44
Fontibón	15.33	6.95 - 30.5	37.14	22.32 - 54.85	75.1	54.26 - 88.46	14.03	5.61 - 30.95	21.27	9.75 - 40.33	2.13	0.33 - 12.52
Kennedy	21.62	12.57 - 34.61	40.28	29.25 - 52.38	58.08	38.01 - 75.79	8.61	2.97 - 22.5	30.19	13.83 - 53.81	1.54	0.21 - 10.31
La Candelaria	13.67	12.61 - 14.81	26.41	22.92 - 30.22	67.55	61.88 - 72.76	31.9	22.65 - 42.83	31.99	22.84 - 42.78	2.05	0.87 - 4.75
Los Mártires	14.53	8 - 24.96	32.46	22.52 - 44.28	67.93	49.43 - 82.11	7.23	3.52 - 14.27	3.92	1.75 - 8.51	1.35	0.3 - 5.77
Puente Aranda	20.76	13.54 - 30.47	46.47	34.06 - 59.34	57.46	39.77 - 73.43	21.2	10.31 - 38.64	36.15	20.78 - 54.99	6.09	1.61 - 20.45
Rafael Uribe Uribe	32.83	13.68 - 60.12	41.45	25.32 - 59.64	67.6	50.23 - 81.18	17.79	8.02 - 34.95	35.46	20.77 - 53.52	3.99	0.59 - 22.54
San Cristóbal	15.08	8.55 - 25.22	42.88	31.39 - 55.2	84.7	70.01 - 92.92	16.16	6.65 - 34.25	5.71	2.02 - 15.13	1.43	0.21 - 9.23
Santa Fe	12.59	4.81 - 29.1	38.16	23.47 - 55.39	35.44	19.52 - 55.41	6.73	2.42 - 17.34	34.25	11.71 - 67.16	8.19	1.25 - 38.68
Suba	11.73	5.75 - 22.45	38.57	23.54 - 56.16	72.47	39.14 - 91.51	-	-	27.77	8.68 - 60.88	-	-
Sumapaz	27.55	18.8 - 38.44	32.14	22.27 - 43.92	89.16	73.74 - 96.01	10.79	3.32 - 29.88	12.57	4.05 - 32.87	-	-



Localidades	Le han negado la admisión a ciertos servicios de salud y no pudo entender por qué		No le fue fácil obtener la cita		Tuvo que esperar mucho tiempo para que asignaran la cita		Tuvo que hacer varias llamadas		Demora excesiva por parte de la EPS para dar la autorización		Dificultades en el transporte	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Teusaquillo	10.9	6.39 - 17.99	29.11	21.5 - 38.1	69.57	55.97 - 80.44	16.19	8.11 - 29.7	25.82	15.9 - 39.06	0.1	0.02 - 0.5
Tunjuelito	25.94	11.78 - 47.89	60.94	45.75 - 74.26	63.97	41.24 - 81.79	37.75	16.94 - 64.32	53.64	31.03 - 74.85	9.38	3.47 - 22.96
Usaquén	10.52	5.24 - 20.01	39	23.5 - 57.09	68.43	42.22 - 86.54	6.43	1.47 - 24.03	22.18	8.2 - 47.63	-	-
Usme	11.65	5 - 24.83	60.24	37.36 - 79.37	72.13	42.17 - 90.18	49.35	18.46 - 80.75	15.35	3.49 - 47.6	2.42	0.32 - 16.22

En las localidades de Bosa (60.88 %), Usme (52.4 %) y Tunjuelito (45.36 %) están los porcentajes más altos de las personas que manifiestan que el tiempo que transcurrió entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta fue de 2 meses o más; mientras que en las localidades de Chapinero (86.76 %), La Candelaria (76.33 %) y Teusaquillo (73.05 %) están los porcentajes más altos de las personas que manifiestan que el tiempo que transcurrió entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta fue de 30 días o menos.

Lo más frecuente es que las personas manifiesten que el tiempo que transcurrió entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta fue de 1 a 5 días en las localidades de Chapinero (44.87 %); La Candelaria (39.82 %);

Teusaquillo (35.26 %); Los Mártires (39.07 %); Engativá (26.9 %); Kennedy (25.89 %); Rafael Uribe Uribe (41.28 %); Suba (36 %); Barrios Unidos (29.05 %) y Puente Aranda (27.56 %).

Santa Fe (36.29 %) es la localidad donde más personas manifestaron que el tiempo que transcurrió entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta fue de 6 a 15 días; en Tunjuelito (30.34 %) lo más frecuente es que las personas digan que el tiempo que transcurrió entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta fue de 16 a 30 días, y en las localidades de Usme (28.94 %) y Bosa (23.36 %) lo más frecuente es que las personas afirmen que el tiempo que transcurrió entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta fue de 4 a 6 meses.



**Tabla 256. Oportunidad de la atención - localidades**

Oportunidad de la atención	1 a 5 días		De 6 a 15 días		De 16 a 30 días		De 2 a 3 meses		De 4 a 6 meses		De 7 a 12 meses		Más de un año	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	23.06	15.64 - 32.64	19.55	11.14 - 32.04	19.03	10.54 - 31.92	23.81	16.85 - 32.53	9.5	4.61 - 18.57	2.92	0.97 - 8.47	2.12	1.19 - 3.77
Barrios Unidos	29.05	19.02 - 41.65	21.28	11.09 - 36.94	10.49	6.04 - 17.62	28.75	18.27 - 42.15	7.34	3.02 - 16.77	1.67	0.42 - 6.37	1.41	0.46 - 4.27
Bosa	17.57	9.54 - 30.11	11.25	5.48 - 21.72	10.29	5.52 - 18.4	20.93	12.1 - 33.74	23.36	9.23 - 47.74	9.17	1.84 - 35.23	7.42	3.4 - 15.45
Chapinero	44.87	35.49 - 54.62	39.32	26.13 - 54.28	2.57	0.57 - 10.85	7.82	1.32 - 34.96	2.08	0.41 - 9.79	0.67	0.12 - 3.66	2.67	0.59 - 11.27
Ciudad Bolívar	19.82	7.42 - 43.23	22.65	12.46 - 37.59	21.86	11.34 - 37.97	14.45	5.86 - 31.46	9.62	3.47 - 23.97	7.52	2.14 - 23.26	4.08	1.37 - 11.47
Engativá	26.9	15.06 - 43.29	20.24	11.55 - 33.02	21.46	12 - 35.39	21.83	11.8 - 36.83	4.22	1.87 - 9.23	2.44	0.82 - 7.05	2.92	0.86 - 9.43
Fontibón	21.8	11.23 - 38.07	25.33	9.48 - 52.35	19.52	10.16 - 34.23	22.03	11.76 - 37.45	5.89	2.46 - 13.44	3.06	0.7 - 12.48	2.36	0.82 - 6.58
Kennedy	25.89	16.69 - 37.84	16.51	10.4 - 25.21	24.37	13.63 - 39.68	16.97	8.73 - 30.4	8.97	4.88 - 15.92	0.57	0.18 - 1.76	6.72	2.94 - 14.65
La Candelaria	39.82	33.86 - 46.09	27.05	24.78 - 29.45	9.46	7.06 - 12.57	12.65	11.22 - 14.23	6.82	5.08 - 9.11	0.95	0.66 - 1.35	3.26	2.36 - 4.48
Los Mártires	39.07	26.71 - 53	8.78	5.09 - 14.73	23.46	13.98 - 36.64	15.55	8.42 - 26.95	5.64	2.55 - 12	-	-	7.5	3.57 - 15.09
Puente Aranda	27.56	17.15 - 41.16	22.16	13.11 - 34.95	9.54	5.26 - 16.69	25.23	16.02 - 37.38	9.09	4.06 - 19.12	3	0.52 - 15.44	3.42	1.68 - 6.81
Rafael Uribe Uribe	41.28	20.83 - 65.26	16.96	8.96 - 29.75	8.45	4.07 - 16.72	8.52	3.89 - 17.66	10.2	4.94 - 19.91	6.82	2.54 - 17.09	7.76	3.54 - 16.19
San Cristóbal	22.17	13.08 - 35.03	12.5	6.79 - 21.87	20.51	12.11 - 32.57	31.77	19.77 - 46.81	4.63	1.76 - 11.64	-	-	8.42	3.64 - 18.3
Santa Fe	15.4	8.99 - 25.11	36.29	16.35 - 62.4	7.73	4.22 - 13.76	8.07	3.72 - 16.63	16.81	6.01 - 38.95	3.02	1.06 - 8.31	12.68	4.18 - 32.58
Suba	36	21.9 - 53.02	17.16	9.55 - 28.9	12.05	6.46 - 21.36	26.52	13.43 - 45.64	5.17	2.02 - 12.6	0.15	0.02 - 1.07	2.94	0.72 - 11.18
Sumapaz	23.85	14.67 - 36.32	34.79	26.56 - 44.05	5.2	1.78 - 14.25	18.23	10.3 - 30.19	8.97	4.09 - 18.53	4.48	1.42 - 13.24	4.48	1.52 - 12.46
Teusaquillo	35.26	27.1 - 44.39	18.08	10.44 - 29.48	19.71	12.91 - 28.89	18.45	12.45 - 26.46	5.35	2.59 - 10.73	0.45	0.16 - 1.23	2.71	1.57 - 4.63
Tunjuelito	15.62	9.1 - 25.5	8.68	4.79 - 15.22	30.34	14.98 - 51.83	16.55	8.45 - 29.87	10.55	3.82 - 25.97	0.1	0.02 - 0.52	18.16	9.27 - 32.52
Usaquén	22.18	14.14 - 33.05	29.22	14.25 - 50.64	10.58	5.22 - 20.27	14.97	7.35 - 28.1	20.3	7.7 - 43.76	0.6	0.12 - 2.87	2.14	0.69 - 6.44
Usme	5.55	1.92 - 15	22.07	9.51 - 43.28	19.99	7.79 - 42.5	18.41	7.65 - 38.06	28.94	8.92 - 62.87	1.78	0.28 - 10.55	3.27	0.84 - 11.88



En las localidades donde con mayor frecuencia califican el servicio recibido como “muy bueno o bueno” son: Chapinero (88.18 %), Usme (70.88 %) y Engativá (69.98 %); y las localidades donde con mayor frecuencia califican el servicio recibido como “malo o muy malo” son: Tunjuelito (39.19 %), Puente Aranda (29.66 %) y San Cristóbal (29.24 %).

Lo más frecuente es que las personas califiquen el servicio recibido como “muy bueno” en las localidades de Engativá (40.97 %); Kennedy (30.37 %); La Candelaria (35.11 %); Los Mártires (35.49 %); Suba (35.62 %), y Sumapaz (39.58 %). Por otra parte, lo más frecuente es

que evalúen el servicio recibido como “bueno” en las localidades de Antonio Nariño (35.19 %); Barrios Unidos (42.55 %); Chapinero (80.97 %); Ciudad Bolívar (41.47 %); San Cristóbal (37.99 %); Santa Fe (41.98 %); Teusaquillo (44.16 %); Usaquén (39.07 %); y Usme (50.55 %). En contraste, lo más frecuente es que las personas califiquen el servicio recibido como “regular” en las localidades de Bosa (32.76 %); Fontibón (29.99 %); Puente Aranda (30.06 %); y Rafael Uribe Uribe (43.96 %). Por su parte, en la localidad de Tunjuelito (28.14 %) lo más frecuente es que las personas califiquen el servicio recibido como “muy malo”.

**Tabla 257.** Calidad de la atención - localidades

Localidades	Muy bueno		Bueno		Regular		Malo		Muy malo	
	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC	%	IC
Antonio Nariño	16.78	11.56 - 23.72	35.19	24.73 - 47.3	24.29	15.17 - 36.54	9.27	5.4 - 15.45	14.47	8.56 - 23.42
Barrios Unidos	26.36	13.63 - 44.82	42.55	19.76 - 69.02	10.67	5.75 - 18.94	11.4	5.46 - 22.29	9.02	4.31 - 17.9
Bosa	22.26	13.47 - 34.5	21.8	12.29 - 35.66	32.76	17.14 - 53.43	7.86	3.82 - 15.46	15.33	8.48 - 26.11
Chapinero	7.21	1.69 - 25.93	80.97	44.64 - 95.74	4	0.9 - 16.15	1.56	0.35 - 6.78	6.26	1.33 - 24.84
Ciudad Bolívar	20.26	11.14 - 33.97	41.47	24.17 - 61.16	19.66	10.31 - 34.26	13	4.72 - 31.09	5.61	1.96 - 15.01
Engativá	40.97	28.04 - 55.28	29.01	18.71 - 42.05	17.67	10.29 - 28.64	5.29	1.73 - 15.03	7.06	3.68 - 13.11
Fontibón	25.13	13.7 - 41.5	29.12	12.57 - 54.01	29.99	17.1 - 47.07	6.02	2.23 - 15.23	9.75	4.66 - 19.26
Kennedy	30.37	19.89 - 43.37	27.96	17.91 - 40.84	25.37	16.43 - 37.02	8.84	3.51 - 20.52	7.46	3.65 - 14.65
La Candelaria	35.11	31.17 - 39.26	29.81	25.97 - 33.97	22.91	20.73 - 25.25	5.03	3.78 - 6.68	7.14	5.29 - 9.56
Los Mártires	35.49	24.23 - 48.64	28.3	18.7 - 40.38	26.95	17.09 - 39.77	6.3	2.64 - 14.28	2.96	1.41 - 6.12
Puente Aranda	20.57	12.07 - 32.83	19.71	12.5 - 29.68	30.06	19.79 - 42.81	19.28	10.4 - 32.97	10.38	5.49 - 18.75
Rafael Uribe Uribe	18.7	10.21 - 31.75	19.96	11.85 - 31.65	43.96	24.09 - 65.98	6.92	3.07 - 14.87	10.45	4.99 - 20.59
San Cristóbal	6.85	2.98 - 14.97	37.99	26.5 - 51.01	25.92	16.57 - 38.12	6.56	2.42 - 16.56	22.68	11.12 - 40.75
Santa Fe	18.15	11.32 - 27.82	41.98	23.78 - 62.64	14.52	5.16 - 34.64	14.37	5.2 - 33.89	10.99	4.07 - 26.44
Suba	35.62	20.8 - 53.83	23.89	13.49 - 38.71	25.55	14.29 - 41.4	2.79	1.12 - 6.79	12.15	3.89 - 32.07





Localidades	Muy bueno	Bueno	Regular	Malo	Muy malo					
Sumapaz	39.58	26.63 - 54.18	24.24	13.58 - 39.45	21.46	11.59 - 36.28	10.68	4.93 - 21.59	4.04	1.35 - 11.45
Teusaquillo	18.36	13.88 - 23.89	44.16	33.35 - 55.56	20.75	14.27 - 29.16	9.83	5.24 - 17.67	6.9	4.13 - 11.32
Tunjuelito	12.26	7.37 - 19.71	21.71	12.6 - 34.8	26.83	15.36 - 42.57	11.05	4.47 - 24.8	28.14	13.5 - 49.56
Usaquén	20.76	13.08 - 31.33	39.07	27.07 - 52.57	21.62	11.36 - 37.26	13.47	3.66 - 38.94	5.07	2.43 - 10.3
Usme	20.33	9.3 - 38.83	50.55	27.16 - 73.7	10.8	4.53 - 23.61	7.5	1.8 - 26.36	10.82	2.93 - 32.77

**Zona:** en cuanto a la oportunidad del servicio, el 26.84 % de personas en zona urbana y 29.54 %\* de personas en zona rural afirman con más frecuencia que el tiempo transcurrido entre la solicitud de la cita y la fecha de la consulta es de 1 a 5 días; si se considera que la oportunidad

está relacionada con un menor tiempo transcurrido entre la solicitud y la consulta, y si se estima que 2 meses o más ya no es una atención oportuna, entonces el 36.88 % de las personas en zona urbana y el 50.27 % en zona rural no han tenido oportunidad en la atención.

**Tabla 258. Oportunidad de la atención - zona**

Zona	Urbana	Rural		
Tiempo transcurrido	%	IC	%	IC
1 a 5 días	26.84	22.75 - 31.37	29.54*	19.57 - 41.95
De 6 a 15 días	20.27	16.71 - 24.36	13.69	10.41 - 17.78
De 16 a 30 días	15.99	13.15 - 19.32	6.51*	3.02 - 13.48
De 2 a 3 meses	19.74	16.12 - 23.94	33.15*	22.14 - 46.37
De 4 a 6 meses	10.23	7.4 - 13.99	2.82*	1.93 - 4.09
De 7 a 12 meses	2.48	1.43 - 4.29	0.58*	0.19 - 1.77
Más de un año	4.43	3.35 - 5.85	13.72*	9.04 - 20.29

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución.

Aseguran que el tiempo de la consulta ha sido el adecuado o suficiente: el 64.07 % de las personas en zona urbana y el 71.01 % en zona rural. El servicio recibido es “bueno y muy bueno” para el 58.19 % de las personas en

zona urbana y el 59.79 % de las personas en zona rural, en tanto que es “malo o muy malo” para el 18.1 % de las personas en zona urbana y el 10.78 % en zona rural.

**Tabla 259. Calidad de la atención - zona**

Calidad de la atención	Urbana	Rural		
	%	IC	%	IC
Tiempo de la consulta fue adecuado o suficiente	64.07	59.26 - 68.61	71.01	62.97 - 77.91
Calificación del servicio recibido de consulta en salud mental	Urbana		Rural	
Frecuencias	%	IC	%	IC
Muy bueno	25.88	21.9 - 30.3	38.06	27.79 - 49.52
Bueno	32.31	27.62 - 37.39	21.73	16.84 - 27.58
Regular	23.71	19.93 - 27.95	29.43*	19.51 - 41.78
Malo	8.26*	6.06 - 11.17	6.32*	3.3 - 11.76
Muy malo	9.84	7.57 - 12.7	4.46	3.49 - 5.69

\*Dato con error mayor a 15 %, tomar con precaución

# Capítulo 5

Colectivos más vulnerables





En el marco del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur, realizaron un análisis detallado sobre temáticas de especial interés para la ciudadanía, la academia y el Distrito.

*A continuación, se detalla información específica sobre:*

- ▶ Salud mental y mujeres
- ▶ Salud mental y población con orientación sexual, género e identidad de género diversas
- ▶ Salud mental y población étnica

Estos acápite derivados del estudio de salud mental tienen como propósito profundizar en las tendencias de la información en grupos poblacionales específicos y de interés para el distrito capital. Su objetivo es socializar las características principales de la salud mental desagregadas; también, propende a ampliar la disponibilidad de información sobre estos grupos mencionados durante el periodo de mayor criticidad de la pandemia global generada por el COVID-19, quienes por la interseccionalidad propia de las desigualdades sistémicas experimentaron la superposición de diferentes factores sociales y epidemiológicos.

Cabe resaltar que la información aquí brindada, especialmente la correspondiente a las diversidades sexuales, de género e identidad, y a las personas con reconocimiento étnico y cultural diverso, superan el índice de confianza (margen de error) del 15 %. En este sentido, esta debe ser tomada con precaución, entendiendo que la representatividad estadística es menor que aquella cuyo índice de confianza no supera el porcentaje mencionado.

No obstante, vale la pena resaltar que muchas de las tendencias aquí develadas están en

concordancia con la literatura internacional. Se espera que los microdatos del estudio sirvan a ciudadanías, organizaciones de la sociedad civil, academia y gobierno distrital, para la comprensión de las intersecciones por género, por diversidad en la orientación, identidad y expresión de género, y por diversidad étnica y cultural; de manera de que las acciones de política pública en materia de salud mental puedan ser cada vez más orientadas y focalizadas a las situaciones y experiencias de la vida cotidiana de los participantes del estudio, y de los grupos que estos representan en la ciudad.

## 1. Mujeres

En este acápite se exponen las cuestiones específicas de calidad de vida, salud y salud mental, diagnósticos de trastornos y situaciones, tanto en el periodo de mayor criticidad de la pandemia de COVID-19 como actualmente, entre las mujeres respecto a los hombres.

- ▶ **El nivel de satisfacción con la salud y otros indicadores relacionados a la calidad de vida es inferior en mujeres que en hombres**

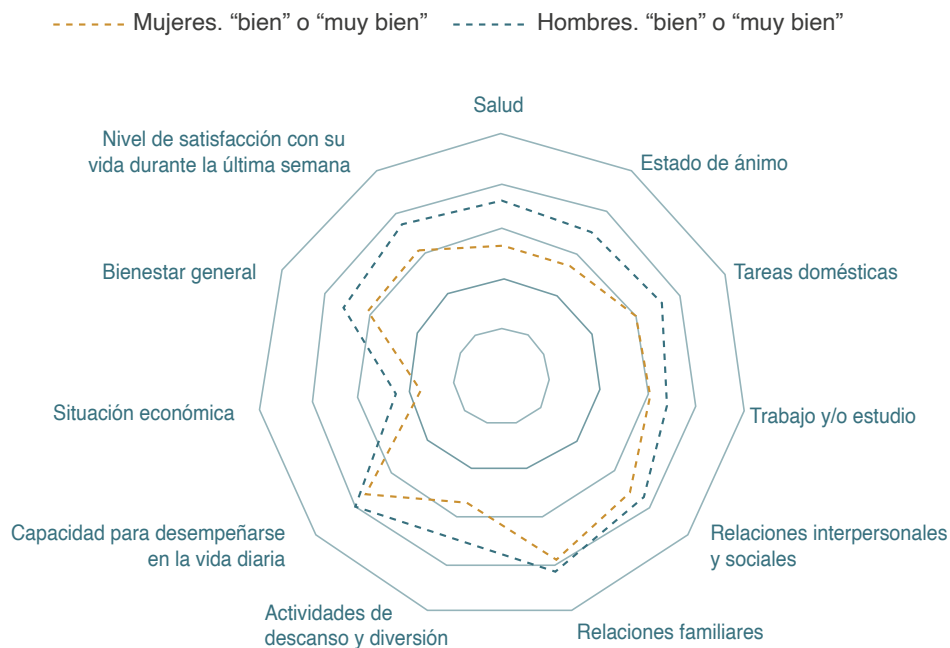
El nivel de satisfacción de las mujeres con su salud es del 53.18 %, mientras que los hombres, específicamente aquellos que se sienten “bien o muy bien” con su salud, alcanzan el 71.53 %; la diferencia entre ambos es de 18.35 %, lo cual es estadísticamente significativo. Así mismo, son menos los hombres que se sienten “nada y poco satisfechos” con su salud, alcanzando el 8.81 %; mientras que en las mujeres esta cifra se eleva hasta el 14.93 %, con una diferencia del 6.12 %.

Esta tendencia se mantiene en la autopercepción buena y muy buena de otros indicadores\* de satisfacción con:



- ▶ El **estado de ánimo**, que en hombres alcanza el 69.39 % y en mujeres el 53.69 %, con una diferencia de 15.70 %.
  - ▶ Las **tareas domésticas**, que en hombres alcanza el 72.5 % y en mujeres el 60.21 %, con una diferencia de 12.29 %.
  - ▶ El **trabajo o estudio**, que en hombres alcanza el 69.63 % y en mujeres el 62.14 %, con una diferencia de 7.49 %.
  - ▶ Las **relaciones interpersonales**, que en hombres alcanza el 76.86 % y en mujeres el 70.49 %, con una diferencia de 12.29 %.
  - ▶ Las **relaciones familiares**, que en hombres alcanza el 83.3 % y en mujeres el 77.72 %, con una diferencia de 5.58 %.
  - ▶ Las **actividades de descanso o diversión**, que en hombres alcanza el 69.55 % y en mujeres el 53.83 %, con una diferencia de 15.72 %.
  - ▶ La **capacidad para desempeñarse en la vida diaria**, que en hombres alcanza el 81.56 % y en mujeres el 74.44 %, con una diferencia de 7.12 %.
  - ▶ La **situación económica**, que en hombres alcanza el 43.99 % y en mujeres el 35.09 %, con una diferencia de 8.90 %.
  - ▶ El **bienestar general**, que en hombres alcanza el 71.18 % y en mujeres el 61.49 %, con una diferencia de 9.69 %.
  - ▶ El **nivel de satisfacción con la vida en la última semana**, que en hombres alcanza el 74.25 % y en mujeres el 61.77 %, con una diferencia de 12.48 %.
- \* Todas las diferencias son estadísticamente significativas.

**Gráfica 78.** Comparativo mujeres-hombres, percepción de la calidad de vida





Si bien las experiencias y percepciones de la salud son multifacéticas y están influenciadas por una variedad de factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales, hay concordancia en la literatura con que la insatisfacción con la calidad de vida y la salud en las mujeres está relacionada con las desigualdades de género; las asimetrías en las expectativas sociales y roles de género; las condiciones existentes de discriminación y estigma hacia la mujer, entre otros factores que, en suma, coadyuvan a mantener las diferencias evidenciadas.

► **Las mujeres tienen mayores riesgos o indicios de padecer trastorno de depresión que los hombres**

De las personas encuestadas, muestran riesgo o indicio de tener trastorno de depresión el 19.95 % de las mujeres, frente al 13.85 % de los hombres. Esto marca una diferencia porcentual en favor del número de mujeres con indicios de trastorno de depresión del 6.1 %

La literatura internacional, en general, muestra una mayor prevalencia de los trastornos depresivos en las mujeres que en los hombres, y varias razones pueden contribuir a esta diferencia. Es importante señalar que la depresión es una condición compleja y multifactorial, y la interacción de diversos factores puede influir en su desarrollo. Entre las razones que contribuyen a la diferencia evidenciada tanto en este estudio como en otros, se pueden encontrar:

- **Factores biológicos:** las fluctuaciones hormonales a lo largo del ciclo menstrual, durante el embarazo y en la menopausia, pueden influir en la vulnerabilidad a la depresión en las mujeres (50).
- **Factores genéticos y hereditarios:** la evidencia sugiere que hay una predisposición genética a la depresión, y algunos estudios han encontrado que los factores genéticos

pueden contribuir al riesgo de depresión en mujeres (51).

- **Factores psicosociales y estrés:** las desigualdades de género, la discriminación y las presiones relacionadas con los roles tradicionales de género pueden aumentar el estrés en las mujeres, contribuyendo a la depresión (52).
- **Eventos de la vida:** transiciones significativas en la vida, como la maternidad y las responsabilidades familiares, pueden afectar a las mujeres de manera única y aumentar el riesgo de depresión (53).
- **Ayuda y búsqueda de tratamiento:** las mujeres pueden tener una mayor propensión a buscar ayuda profesional para problemas de salud mental, lo que podría aumentar la detección de la depresión en este grupo (54).
- **Son más las mujeres diagnosticadas con depresión y ansiedad generalizada que los hombres**

Frente a la consulta por los diagnósticos sobre trastornos de salud mental, se evidencia que más mujeres han sido diagnosticadas alguna vez en la vida con depresión (12.82 %) que los hombres (8.76 %). Esta tendencia se mantiene para el trastorno de ansiedad generalizada, donde las mujeres alcanzan el 11.49 % y los hombres el 7.8 %. Sobre el trastorno de demencias (deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer), aunque son porcentualmente más las mujeres diagnosticadas (0.51 %) que los hombres (0.48 %), la diferencia no es estadísticamente significativa.

En contraste con la literatura internacional sobre el trastorno de depresión, tanto en el *Global Burden of Disease Study* como en el *National Comorbidity Survey Replication (NCS-R)*, se ha encontrado que las mujeres tienen una mayor prevalencia de trastorno depresivo. Así mismo, respecto al trastorno de ansiedad, la *World Mental Health Survey* de la OMS y el *Global*



*Burden of Disease Study*, han mostrado que la prevalencia de trastornos de ansiedad es más alta en mujeres en comparación con hombres en una variedad de países (55), (56).

- **Son ligeramente mayores las prevalencias de hombres diagnosticados con trastorno bipolar, psicosis, o epilepsia, que las mujeres con el mismo diagnóstico**

Frente a los diagnósticos crónicos: son más los hombres que han sido diagnosticados con trastorno bipolar (1.86 %) que las mujeres (1.41 %); son más los hombres que han sido diagnosticados con trastorno de psicosis (1.45 %) que las mujeres (0.34 %); y son más los hombres que han sido diagnosticados con epilepsia (2.05 %) que las mujeres (1.35 %). Considerando que las prevalencias globales para los tres trastornos son bajas, las diferencias son estadísticamente significativas en la desagregación por sexo.

- **Son más los hombres que tienen comportamientos suicidas, pero son las mujeres quienes tienen mayores probabilidades de intentar suicidarse algún día**

En relación con los comportamientos suicidas, son más los hombres quienes han pensado o intentado quitarse la vida alguna vez (82.78 %), que las mujeres (76.27 %). No obstante, la tendencia cambia cuando se consulta sobre la probabilidad de intentar suicidarse algún día, siendo mayor el número de mujeres (45.87 %) que de hombres (39.13 %), con una diferencia de 6.74 %.

Los motivos por los cuales las mujeres han intentado suicidarse son, principalmente: tener antecedentes de problemas de consumo de sustancias psicoactivas (99.50 %); tener problemas legales (99.37%); tener problemas o condiciones de limitación física (97.46%); tener antecedentes familiares de trastornos

mentales, abuso de sustancias o violencia (97.34%); y tener antecedentes de condiciones psicológicas o psiquiátricas (96.45%). Para el caso de los hombres las tendencias son similares, aunque las prevalencias varían: tener antecedentes de problemas de consumo de sustancias psicoactivas (98.25%); tener antecedentes familiares de trastornos mentales, abuso de sustancias o violencia (98.15%); tener problemas legales (98.12%); haber sido víctima de violencias en la infancia o en algún momento de la vida - abuso sexual (98.11%) y ser víctima de *bullying* o matoneo (97.63%).

La temática del suicidio es compleja y multifacética, y las razones detrás de los intentos de suicidio pueden variar considerablemente entre individuos. Sin embargo, en la literatura hay algunas tendencias generales en las diferencias de género en los motivos de suicidio. Tanto en hombres como en mujeres, los problemas de salud mental, incluyendo los trastornos por uso de sustancias psicoactivas, juegan un papel significativo en los intentos de suicidio. Sin embargo, las mujeres son más propensas a buscar ayuda para problemas emocionales, mientras que los hombres pueden ser menos propensos a buscar tratamiento (57). Así mismo, los factores socioculturales, como las expectativas de género y los roles tradicionales, también pueden influir en las razones detrás de los intentos de suicidio. Por ejemplo, las presiones relacionadas con las expectativas de masculinidad pueden llevar a los hombres a menospreciar la expresión emocional y la búsqueda de ayuda (58). Cabe resaltar que:

- La presencia de trastornos psicológicos o psiquiátricos, como la depresión, la ansiedad y otros trastornos mentales, se ha identificado como un factor de riesgo común en la literatura (59).
- La relación entre el abuso de sustancias y el riesgo de suicidio ha sido documentada en diversas investigaciones (60).





- ▶ La historia de violencia, abuso y trauma, como el abuso sexual y la victimización en la infancia, también se ha identificado como un factor de riesgo significativo (61).
- ▶ Factores como la situación económica, los problemas legales y las presiones socioculturales, también pueden contribuir a la vulnerabilidad al suicidio (62).
- ▶ **Aunque son más las mujeres las que perdieron el empleo, quedaron con un problema de salud y vieron afectada su salud mental, son menos los hombres quienes al día de hoy se han logrado recuperar**

El 36.19 % de las mujeres cuya actividad principal es el trabajo perdieron su empleo en la pandemia, frente a un 2.35 % de los hombres; una diferencia de 33.84 %. Así mismo, son más las mujeres quienes consideran que quedaron con algún problema de salud después del COVID-19 (42.99 %) frente a los hombres (28.65 %), con una diferencia porcentual de 14.34 %. Por su parte, el 5.21 % de las mujeres consideran que la pandemia les afectó demasiado su salud mental, frente al 3.08 % de los hombres; con una diferencia del 3.13 %. Sin embargo, y siendo clave la resiliencia, al día de hoy creen que no han podido recuperarse de estas afectaciones a su salud mental el 41.35 % de los hombres, frente al 34.05 % de las mujeres, con una diferencia de 7.3 %.

## 2. Diversidades sexuales, de género y de identidad

La investigación sobre la prevalencia de trastornos de salud mental en personas diversas en comparación con personas cisgénero es un campo en evolución, y la literatura científica puede variar. La salud mental es una experiencia individual y las diferencias pueden deberse a una variedad de factores, incluyendo el contexto cultural y social. No obstante, para este estudio

hay algunas tendencias de interés que, en su mayoría, superan en su totalidad el índice de confianza del 15 %, razón por la cual se sugiere que los datos sean tomados con precaución.

Es importante subrayar que, si bien el estudio tiene información disponible por género, orientación afectivo-sexual e identidad de género, el tamaño de la muestra para personas diversas no permite obtener información significativa estadísticamente para cada grupo y subgrupo, razón por la cual las prevalencias e incidencias se han agrupado en personas diversas, y la contrastación se realiza con personas cisgénero. No obstante, los microdatos del estudio se encuentran disponibles (véase anexos) para que las personas interesadas puedan profundizarla, con la expectativa de que la información sea de utilidad para futuras investigaciones, que contribuyan a comprender fenómenos específicos y eliminar las barreras existentes en la ciudad.

En relación a la literatura se ha evidenciado que:

- ▶ Algunos estudios sugieren que las personas diversas pueden tener tasas más altas de depresión y ansiedad en comparación con personas cisgénero, y esto puede estar relacionado con el estrés asociado con el estigma social y la discriminación (63).
- ▶ También hay evidencia de que las tasas de intentos de suicidio e ideación suicida son más altas en personas diversas en comparación con personas cisgénero, posiblemente relacionado con la discriminación y el rechazo social (64).
- ▶ Así mismo, algunas investigaciones han sugerido que las personas diversas, especialmente los jóvenes, pueden tener un mayor riesgo de trastornos de la alimentación (65).
- ▶ También, algunos estudios sugieren que las personas diversas pueden tener tasas más



altas de abuso de sustancias en comparación con personas cisgénero, posiblemente como una forma de hacer frente al estrés y la discriminación (66).

Es fundamental reconocer que estos hallazgos no son aplicables a todas las personas diversas, y la investigación en este campo continúa evolucionando.

En este acápite se exponen las cuestiones específicas de diagnósticos e indicios de trastornos, acceso a servicios en salud mental, discriminación, y situaciones tanto en el periodo de mayor criticidad de la pandemia de COVID-19 como actualmente, entre las personas diversas respecto a las personas cisgénero.

- **Son más las personas con orientación sexual, identidad y expresiones diversas de género, con un diagnóstico de trastorno bipolar y psicosis; que las personas cisgénero**

En general, el 5.66 % de las personas cisgénero han sido diagnosticadas con trastorno bipolar, muy por debajo del 10.19 % de las personas diversas; con una diferencia de 4.53 %. Así mismo, el 0.89 % de las personas cisgénero

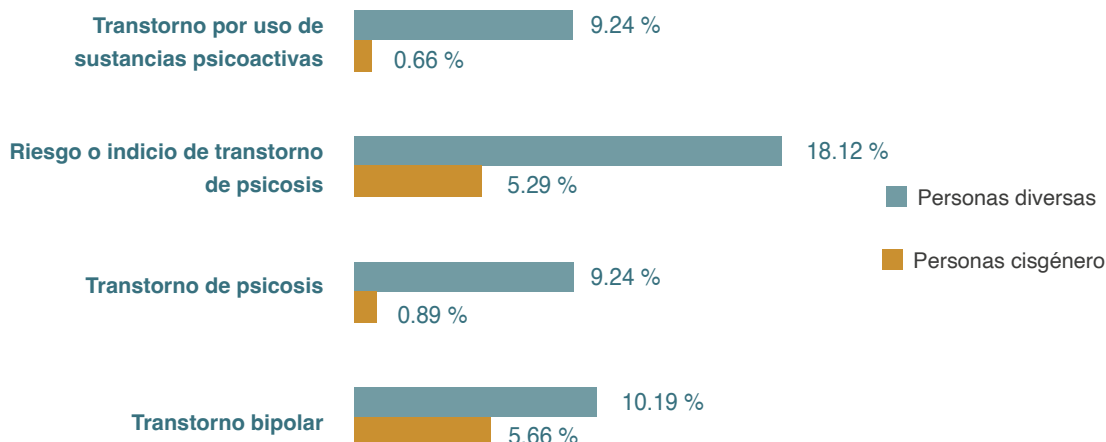
han sido diagnosticadas con psicosis, muy por debajo del 9.24 % de las personas diversas.

Frente al riesgo o indicio de trastorno de psicosis, se evidencia que el 5.29 % de las personas cisgénero están en este grupo, por debajo del 18.12 % de las personas diversas; manteniéndose una diferencia del 12.83 %.

Así mismo, el 0.66 % de las personas cisgénero han sido diagnosticadas alguna vez en la vida con un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas, en contraste con el 9.24 % de las personas diversas. Esta tendencia tiene correlación con el *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C., 2022*, publicado por la Secretaría Distrital de Salud y UNODC para la Región Andina y el Cono sur.

La relación entre la orientación sexual, la identidad de género y los trastornos de salud mental es compleja y puede variar según diversos factores, como el contexto cultural y social. Es crucial señalar que la información sobre la prevalencia de los trastornos mencionados en personas diversas puede depender de investigaciones específicas, y puede no haber una generalización clara para todo el colectivo.

**Gráfica 79. Comparativo trastornos (diagnósticos e indicios) personas cisgénero – personas diversas, alguna vez en la vida.**







- ▶ **Aunque son más las personas diversas que consultan por temas de salud mental, son también el colectivo al que más le ha sido negado el servicio y el que más se ha sentido discriminado**

En general, el 13.57 % de las personas cisgénero han consultado alguna vez en la vida por un tema de salud mental, 12.14 % menos que las personas diversas (25.71 %). Sin embargo, son más las personas diversas a las que se les ha negado la admisión a ciertos servicios de salud sin entender por qué (76.24 %), que las personas cisgénero (33.46 %), con una diferencia del 37.08 puntos porcentuales. Y son más las personas diversas quienes se han sentido discriminadas en un servicio de salud (51.88 %), que las personas cisgénero (5.05 %), con una diferencia abrumadora del 46.83 %.

La discriminación y la negación de servicios de salud mental a personas diversas son situaciones recurrentes que enfrenta el colectivo en muchos lugares del mundo. Estas barreras pueden surgir debido a la falta de comprensión, prejuicios, estigma y discriminación basada en la identidad de género. En concordancia con la literatura, en los siguientes estudios, informes y encuestas se mantiene la tendencia:

- ▶ El estudio *Por la salud de las personas trans, publicado por la OPS en 2012 (67)* exploró las experiencias de salud de las personas transgénero y abordó los desafíos en la atención médica, incluida la salud mental.
- ▶ *El Informe de la Fundación Trevor (68)* muestra los desafíos específicos en el acceso a servicios de salud mental de la población LGBTQ.
- ▶ **Las personas diversas reciben principalmente tratamiento farmacológico, por encima de las personas cisgénero**

La medicación/terapia farmacológica ha sido indicada por los profesionales de salud mental al

48.97 % de las personas cisgénero, por debajo del 76.24 % de las personas diversas; con una diferencia porcentual del 27.27 %. Se resalta que la toma de decisiones en el tratamiento de la salud mental es un proceso complejo y multifacético, influenciado por diversos factores, como la presentación clínica, las preferencias del paciente, las guías de práctica clínica y la evaluación de riesgos y beneficios.

- ▶ **La experiencia de la pandemia fue especialmente difícil para las personas diversas: fueron más quienes perdieron el empleo y se vieron afectadas en su salud mental**

Si bien el 35.01 % de las personas cisgénero perdieron su empleo en el periodo de mayor criticidad de la pandemia de COVID-19, el 87.18 % de las personas diversas se vieron en la misma situación, con una diferencia porcentual entre ambos grupos del 52.17 %. También, son más las personas diversas que consideran que la pandemia de COVID-19 afectó demasiado su salud mental (10.3 %), frente a las personas cisgénero (4,14 %).

En relación con la literatura, se evidencia que la pandemia de COVID-19 ha tenido impactos significativos en las personas diversas, quienes enfrentaron desafíos adicionales. Por ejemplo:

- ▶ El *Estudio sobre el Impacto de la COVID-19 en la Salud Mental (69)*, destaca que los impactos de la pandemia en la salud mental muestran algunas disparidades para esta población, incluyendo la posible exacerbación de desafíos.
- ▶ La *Encuesta Nacional sobre Salud LGBTQ+ durante la Pandemia (70)* examinó el impacto del COVID-19 en la comunidad LGBTQ+, mostrando mayores prevalencias en estrés e indicios de trastornos que afectan la salud mental.



- ▶ El *Informe de ILGA World sobre el Impacto de la COVID-19 en Personas LGBTI (71)*, abordó los desafíos específicos que enfrenta la comunidad diversa durante la pandemia, incluyendo cuestiones de salud mental.
- ▶ El *Estudio sobre la Experiencia de la COVID-19 en Personas Transgénero (72)*, muestra que la experiencia de la pandemia en personas transgénero fue más difícil, en comparación con personas cisgénero y otras personas diversas, abordando cuestiones como la salud mental y el acceso a la atención médica.

### 3. Personas que se reconocen como étnicas

Al igual que en el acápite anterior, la investigación sobre la prevalencia de trastornos de salud mental en personas étnica y culturalmente diversas es un campo en evolución. Para este estudio, y en relación con las personas diversas étnica y culturalmente, hay algunas tendencias de interés que, en su mayoría, superan en su totalidad el índice de confianza del 15 %, razón por la cual se sugiere que los datos sean tomados con precaución.

La información se ha desagregado entre indígenas, gitanos, raizales, palenqueros y afrodescendientes. Los microdatos del estudio se encuentran disponibles (véase anexos) para que las personas interesadas puedan profundizarla, con la expectativa de que la información sea de utilidad para futuras investigaciones, que contribuyan a comprender fenómenos específicos y eliminar las barreras existentes en la ciudad.

En relación con la literatura sobre esta intersección se ha evidenciado que:

- ▶ La investigación *Race, Ethnicity, and Psychiatric Disorders de la American Psychiatric Association (73)* evidencia la relación entre raza, etnia y trastornos psiquiátricos. Aborda cómo los factores culturales pueden influir en la expresión y el manejo de los trastornos mentales.
- ▶ El informe del *National Institute of Mental Health (NIMH) (74)* examina las disparidades en salud mental en diversas poblaciones, incluyendo aquellas definidas por la raza y la etnia.
- ▶ El artículo *Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory, and Practice - Annual Review of Clinical Psychology (75)*, ha revisado la literatura sobre la influencia de la cultura en la salud mental, incluyendo cómo los aspectos culturales pueden afectar la expresión y el diagnóstico de trastornos mentales.
- ▶ El libro *Diverse Faces of Anxiety, editado por Signe A. Dayhoff (76)*, aborda las diversas formas en que la ansiedad se manifiesta en diferentes comunidades étnicas y culturales, destacando la importancia de comprender y abordar la diversidad cultural en la salud mental.
- ▶ El artículo *Ethnic Minorities and Mental Health: A Review and Reflection de la Journal of Public Mental Health (77)*, ofrece una revisión de la literatura sobre minorías étnicas y salud mental, abordando cuestiones de estigma, acceso a servicios y factores culturales.

Es fundamental reconocer que estos hallazgos no son aplicables a todas las personas étnica y culturalmente diversas, y la investigación en este campo continúa evolucionando.

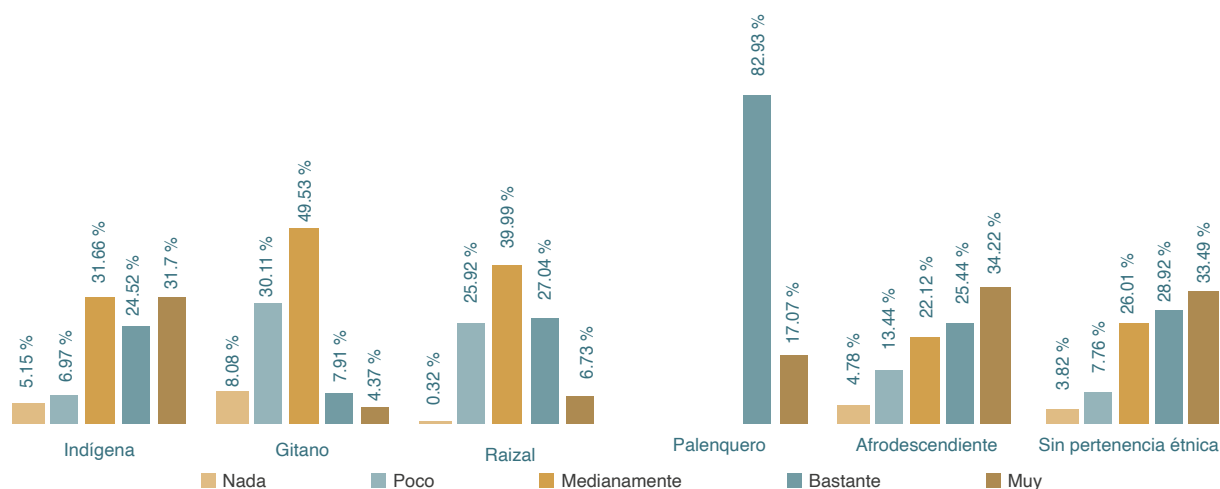
En este acápite se exponen las cuestiones específicas de calidad de vida, felicidad, salud, diagnósticos e indicios de trastornos, desesperanza, conflicto y discriminación; entre las personas diversas étnica y culturalmente, y las personas que no se reconocen dentro de esta forma de diversidad.



► **Gitanos, indígenas y afrodescendientes: las personas étnicas y culturalmente diversas que menos satisfechas están con su salud, y otros indicadores de la calidad de vida**

Frente al reconocimiento de la satisfacción con su salud, se ha identificado que se sienten “nada satisfechos”: el 8.08 % de los gitanos; el 5.15 % de los indígenas, y el 4,78 % de los afrodescendientes. Los tres grupos tienen más altas tasas de insatisfacción que el 3,82 % de las personas que se reconocen sin diferencias étnicas o culturales.

**Gráfica 80.** Nivel de satisfacción en salud – pertenencia étnica



Así mismo, y en relación con el nivel de satisfacción de otros indicadores relacionados con la calidad de vida\*, se identificó que:

- Los indígenas son los que se sienten, con un mayor porcentaje, “nada satisfechos” con su **estado de ánimo**, con el 4.67 %; seguidos de los afrodescendientes con el 2.98 %.
  - Respecto a su **trabajo o estudio**, se sienten “nada satisfechos”: el 27.17 % de los gitanos, 17.43 % de los raizales y 8.43 % de los indígenas.
  - Respecto a sus **relaciones interpersonales o sociales**, el 4.59 % de los afrodescendientes se sienten “nada satisfechos” con estas.
  - El 8.08 % de los gitanos se sienten “nada satisfechos” con su **capacidad para desem-**
- peñarse en la vida**, igualmente el 4.92 % de los indígenas y el 1.78 % de los afrodescendientes.
  - Se sienten “nada satisfechos” con su **situación económica** el 17.75 % de los raizales; el 11.1 % de los afrodescendientes; el 10.62 % de los indígenas, y el 8.73 % de los gitanos.
  - Se sienten “nada satisfechos” con su **bienestar general** el 4.05 % de la población afrodescendiente y el 2.82 % de la población indígena.
  - En cuanto al **nivel de satisfacción con su vida durante la última semana**, se sintieron “nada satisfechos” el 4.01 % de los afrodescendientes y el 3.44 % de los indígenas.



\* Todos los indicadores presentados están por encima de la media de satisfacción de las personas que no se reconocen étnica o culturalmente diversos.

► **El trastorno de depresión es mayor en gitanos, indígenas y palenqueros que en las personas sin reconocimiento étnico o cultural diverso**

Se ha identificado que han sido diagnosticadas con trastorno de depresión: el 34.52 % de las personas gitanas; el 16.79 % de las personas palenqueras, y el 13.01 % de las personas indígenas, por encima del 11.07 % de las personas que se reconocen sin diversidad cultural.

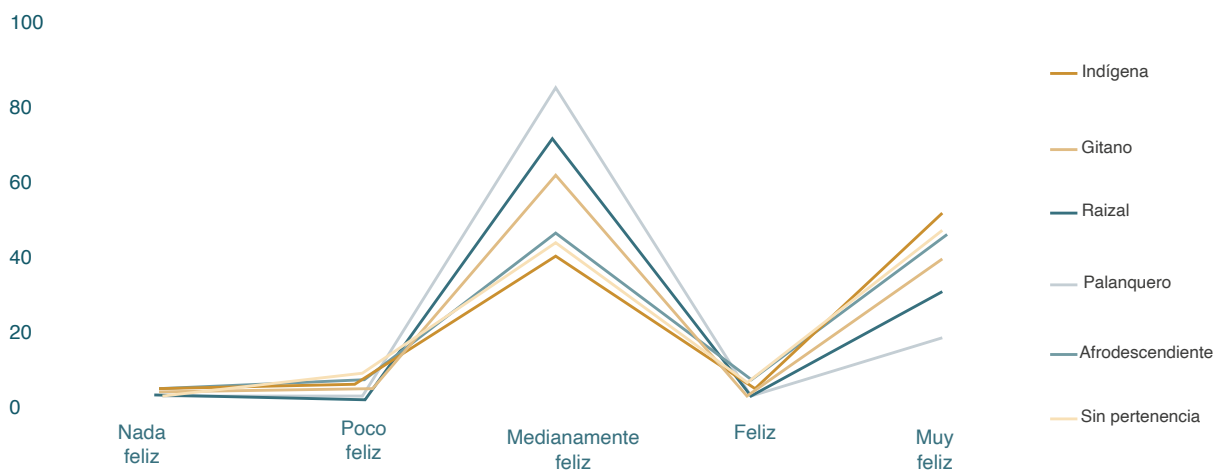
La relación entre la depresión y la identidad étnica y cultural es compleja y puede estar influenciada por una variedad de factores. Las experiencias

de personas étnicas y culturalmente diversas pueden diferir en términos de estigma, acceso a servicios de salud mental, apoyo social y otras variables que pueden afectar la prevalencia, la presentación y el manejo de la depresión.

► **Indígenas: personas que se reconocen como menos felices**

El 7.80 % de los indígenas se sienten “nada o poco” felices, por encima del 7.32 % de las personas que se reconocen sin diversidad étnica o cultural. Este reconocimiento de “nada o poca” felicidad es también superior al de los gitanos (3.65 %), los raizales (0.90 %) y los afrodescendientes (6.67 %). Así mismo, son los afrodescendientes (12.18 %) el grupo étnico y culturalmente diverso que se siente “feliz o muy feliz”, sin diferencia estadísticamente significativa con las personas que no reconocen diversidad étnica o cultural (12.89 %).

**Gráfica 81. Nivel de felicidad – pertenencia étnica**





- ▶ **Ansiedad, el trastorno más diagnosticado en personas gitanas y palenqueras; epilepsia, el más alto en personas afro; y psicosis, el más alto en personas del pueblo romaní**

El 30.88 % de las personas del pueblo romaní y el 16.79 % de las personas palenqueras han sido diagnosticadas con trastorno de ansiedad; por encima de los indígenas (9.18 %); los raizales (8.53 %), y las personas que no se reconocen diversas étnica o culturalmente (7.23 %).

El 5.23 % de los afrodescendientes han sido diagnosticados alguna vez en la vida con epilepsia; más alto que el 1.32 % de los indígenas y el 1.37 % de las personas sin reconocimiento de diversidad étnica o cultural.

El 10.21 % de las personas del pueblo romaní presentan riesgo o indicios de trastorno de psicosis, por encima de los indígenas (6.84 %) y las personas afro (5.23 %). Con excepción de estos últimos -sin diferencias estadísticamente significativas-, todos están por encima de la media de personas que no se reconocen con diversidad étnica o cultural (5.29 %).

- ▶ **Desesperanza, conflicto y sinsentido en población étnica y culturalmente diversa**

En general, el 27,87 % de los indígenas sienten que la vida no tiene sentido o no vale la pena; el 88.1 % de los raizales se sienten desesperados, inútiles, agitados o aislados de la sociedad, y el 14.06 % de los gitanos tienen conflictos con algún miembro de la familia, compañero/a o amigo/a.

- ▶ **Indígenas: personas con mayores prevalencias de consumo perjudicial de bebidas alcohólicas**

Los indígenas presentan un consumo perjudicial que alcanza el 6.78 %, por encima del 2.78 % de las personas afro y del 0.78 % de las personas no diversas étnica o culturalmente.

- ▶ **Indígenas y personas afro: más discriminados que personas sin diversidad étnica o cultural**

A la pregunta de si alguna vez se han sentido discriminados en un servicio de salud, respondieron positivamente el 12.52 % de los indígenas y el 8.94 % de las personas afro. El 4.65 % de las personas no diversas étnica o culturalmente han estado en la misma circunstancia.

# Conclusiones y recomendaciones



*El Estudio de salud mental en Bogotá D.C., 2023* presenta los principales indicadores de la situación de la salud mental en Bogotá y aporta información para la toma de decisiones en materia de política pública, la investigación académica y la apropiación social del conocimiento por parte de la ciudadanía. Esta información tiene alcance a nivel de las 20 localidades de la ciudad, pero también provee información sobre autorreconocimiento de la salud y la salud mental; diagnósticos de trastornos, riesgos e indicios de trastornos, y acceso al servicio de salud e impactos de la pandemia de COVID-19 sobre la salud mental. Todo lo anterior desagregado por sexo, género, edad, zona urbana/rural, reconocimiento étnico, estrato socioeconómico, entre otras variables. La información se ha georreferenciado para obtener una visión diferente de la información, y se ha hecho énfasis en poblaciones específicas (mujeres, población que se reconoce como étnica, y población de sexo, identidad y género diverso).

Este estudio instaaura características técnicas y metodológicas para futuras actualizaciones, permitiendo establecer comparaciones para la visualización de la evolución de los diversos fenómenos asociados a la salud mental.

Es importante resaltar que el estudio, en sus características metodológicas y específicamente al tratarse de una encuesta hogar, no incluye información de personas en situación de vida en calle, personas privadas de la libertad, ni personas que reciben tratamiento en instituciones de salud mental, las cuales deben ser abordadas con condiciones estadísticas, técnicas y metodológicas diferentes. Se resalta también que los indicios, riesgos o posibles trastornos son indicadores estadísticos que brindan información sobre tendencias y bajo ninguna circunstancia constituyen un diagnóstico de un profesional de la salud mental.

## Conclusiones y principales datos del estudio





En general, la muestra de este estudio de 15.151 habitantes de Bogotá, con edades entre los 7 y los 96 años, de todos los estratos socioeconómicos, de todas las localidades, tanto de las zonas urbanas como rurales, representan más de 7.290.000 personas. El estudio refleja la pirámide poblacional del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE): logrando que el 52 % de las personas participantes en la encuesta fueran mujeres; el 47 % hombres; y cerca del 1 % personas que se reconocen como no binarias. En general, los resultados del estudio son estadísticamente significativos tanto para hombres como para mujeres, tanto para zona urbana como rural, así como para cada una de las 20 localidades; aunque, en general, algunos datos deben tomarse con precaución ya que la confiabilidad derivada de la muestra específica de estos puede tener un margen de error superior al del estudio, que es del 5 %.

Lo anterior permite concluir que, si bien los datos del estudio representan una amplia cantidad de personas de la ciudad, debe ser tomada con precaución la información de profundización relacionada a la población no binaria, la población sexual, de identidad y de género diversa, y la población que se autoreconoce con origen étnico y cultural diverso. Una información estadísticamente significativa para estos segmentos poblacionales requiere de investigaciones posteriores que profundicen en su salud mental y cognitiva, así como en sus vivencias en el marco de la pandemia.

En Bogotá, 1 de cada 10 personas valora de forma negativa su estado anímico. Es decir, su percepción de su estado anímico es que este es “muy malo o malo”. En otras palabras, el 12.3 % de la población bogotana, que representan casi 900.000 personas, se sienten “poco o nada satisfechas” con su estado de ánimo. En

general, si bien en términos porcentuales la cifra muestra que la mayoría de las personas reconocen que su estado anímico es “bueno o muy bueno”, es fundamental continuar trabajando en reducir el número de personas que no están conformes con su estado anímico, no sólo porque hay personas que padecen trastornos dentro del espectro del estado de ánimo, sino que también hay personas que pueden ver afectada su salud mental por la persistencia de un estado de ánimo negativo.

Una de las formas más eficientes de orientar acciones para reducir las bajas y muy bajas percepciones del estado anímico es el reconocimiento de las segmentaciones poblacionales que se reconocen con mayores afectaciones en el indicador, estas son: las mujeres; las personas que viven en los estratos 1 y 2, y los adultos mayores. Los tres segmentos en muchos indicadores muestran mayores afectaciones que otros segmentos poblacionales de su misma categoría (hombres; personas que viven en estratos 3 al 6, y personas adultas).

El estudio también muestra que más de 905.000 personas consideran que su salud mental es “muy mala, mala o regular”, alcanzando el 12 % de los habitantes de Bogotá, siendo Chapinero (18 %) y Santa Fe (17 %) las localidades donde un mayor número de personas reportan su percepción negativa. No obstante, el indicador también revela que 5 de cada 10 personas consideran que su salud mental es “muy buena o excelente”, siendo las personas de los estratos 3 al 6 quienes presentan mayores tasas de satisfacción con su salud mental; las personas entre los 12 y los 17 años también se mantienen en esta tendencia; seguidos de las personas entre 15 y 25 años, y sin diferencias significativas entre las zonas rurales y urbanas.





En lo relacionado a diagnósticos e indicios de trastornos de salud mental y del comportamiento, se hace evidente que entre las personas que aseguran que alguna vez en su vida han sido diagnosticados por un profesional de la salud o salud mental, los cuatro diagnósticos más recurrentes son: la depresión, la ansiedad generalizada, la epilepsia y el trastorno bipolar. No obstante, en relación a los riesgos o indicios el orden de los posibles trastornos con mayor recurrencia cambia: siendo el mayor el trastorno de estrés postraumático (PTSD); seguido del riesgo de ansiedad generalizada, riesgo de depresión y riesgo de trastorno bipolar. Hay concurrencia entre ansiedad generalizada, depresión y trastorno bipolar, pero aparece el trastorno de estrés postraumático como un indicador que debe ser prioridad para el distrito, recordando que las experiencias traumáticas o angustiantes no sólo se derivan del conflicto, que ha vivido tanto Colombia como los habitantes de Bogotá, sino que también se deriva de situaciones de violencias cotidianas. Otros diagnósticos importantes son las demencias, la psicosis y el trastorno por uso de sustancias psicoactivas.

Si bien hay un descenso en el indicador de comportamiento suicida, cuando se desagrega entre intento, plan e ideación suicida: el 19 % de los habitantes de Bogotá han pensado, planeado o intentado suicidarse al menos una vez en la vida; es decir, casi 2 de cada 10 personas, un total de 1.385.165 personas. De estos, quienes tienen mayor riesgo de comportamiento suicida son las mujeres, las personas de las localidades de Antonio Nariño y Usaquén, y las personas mayores; más del 5 % de estas personas han pensado 5 veces o más en el suicidio. Este es un reto importante de prevención y atención para el distrito, ya que

es un indicador que sobrepasa la capacidad de atención en salud mental, y su nivel de criticidad requiere fortalecer el trabajo que hasta ahora se viene realizando.

Es sabido y revelado por la literatura científica que el periodo de mayor criticidad de la pandemia afectó a todos los grupos poblacionales pero instauró grandes retos para los niños, que redujeron su socialización con pares y redujeron a la virtualidad su proceso educativo (quienes tuvieron esta posibilidad). Esto se refleja fehacientemente en el presente estudio, donde se evidencia que más de 41.000 niñas y niños han sido diagnosticados con trastornos de hiperactividad con déficit de atención; más de 15.000 niñas y niños con trastorno de desarrollo del aprendizaje, y más de 12.000 niñas y niños han sido diagnosticados con trastorno del desarrollo intelectual. En general, los problemas para fijar la atención o concentrarse; la disminución del juego con pares, y el incremento del nerviosismo ante situaciones cotidianas, son tres de los comportamientos que más evidencian en sus hijas e hijos las madres, padres y cuidadores/as. Disminuir estas tasas requiere de un trabajo articulado entre diversas secretarías del Distrito, junto a las instituciones educativas y la familia, donde la corresponsabilidad permita avanzar en superar las dificultades que se viven en el periodo de pospandemia.

El consumo de sustancias psicoactivas, incluyendo el alcohol, pueden generar trastornos por uso de drogas y es evidente que su uso con trastornos de base tanto de salud mental, como del comportamiento, pueden configurar un trastorno dual. El cruce de información entre este estudio y el *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas* (78) en su tercera edición, publicado en el 2023 por la Secretaría Distrital de Salud y



UNODC para la Región Andina y el Cono Sur, podrá dar más información al respecto de utilidad para el Distrito, la academia y la ciudadanía. No obstante, este no es un fenómeno menor ya que son más de 404.000 personas diagnosticadas con algún trastorno de salud mental o del comportamiento que han sido diagnosticados por trastornos de uso de alcohol, de abuso de sustancias psicoactivas, o que muestran riesgo de padecer también este trastorno.

Por último, es fundamental resaltar que 980.000 personas han consultado alguna vez en su vida por algún tema de salud mental a un profesional de la salud, y el 24 % (más de 235.000 personas) han consultado más de tres veces. De estas, más de 580.000 personas aseguran que ha sido fácil obtener su consulta (60 %); más de 813.000 personas aseguran que el tratamiento se ha adaptado a sus necesidades, y más de 519.000 aseguran que han sido monitoreados por el sistema de salud. La magnitud de estas cifras muestra un sistema de salud mental fortalecido, que necesita seguir haciéndose más robusto, y que requiere continuar sus esfuerzos de articulación con el sistema familiar, el sistema educativo y en general con los sistemas e instituciones de inclusión social, para garantizar la atención y también fortalecer la prevención.

Las **relaciones familiares** son el factor más importante que contribuye a la satisfacción de las personas con la vida y a poder disfrutarla con calidad; se deben diseñar acciones de política pública orientadas a mantener y fortalecer los vínculos familiares, con especial énfasis en acciones hacia las mujeres y las personas de orientación, género o identidad diversa. Seguidamente, se deben orientar estas acciones al segundo factor que incide positivamente en la satisfacción y calidad de vida de las personas: la capacidad para desempeñarse en la vida diaria.

La **situación económica** es el principal factor que incide negativamente en la satisfacción y calidad de vida de las personas. La pandemia de COVID-19 contribuyó en gran medida a perjudicar la situación económica de los hogares y de las personas, poniéndolas en situaciones graves. Estas consecuencias de la pandemia aún se expresan en la población, y se hace necesario: orientar esfuerzos para lograr que las personas tengan ingresos suficientes para hacer frente a sus necesidades diarias; generar posibilidades de conversación en torno a las experiencias vividas en el periodo de mayor criticidad de la pandemia, así como mejorar la asistencia y cobertura de bienes y servicios, que son claves para vivir una vida con calidad.

Si bien la familia y las relaciones familiares son el factor más importante en la satisfacción y calidad de vida de las personas, el estudio evidencia **disfunción familiar moderada** en alrededor de la tercera parte de la población, y **disfunción familiar severa** en alrededor del 10 % de la población. Esto llama a diseñar acciones que fortalezcan a la familia y sus relaciones de adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso.

Un poco menos de la mitad de los padres se sitúan en los puntajes intermedio y bajo de la escala de

## | Recomendaciones



**padres involucrados**, por lo cual es importante diseñar acciones que busquen fortalecer el involucramiento de los padres con sus hijas e hijos, especialmente con los niños, así como fortalecer el involucramiento de los padres en los estratos 1 y 2.

Un poco más de la tercera parte de las niñas y niños presentan **indicios de problemas de salud mental, cognitivos o del comportamiento**, por lo que se requiere contar con programas orientados a detectar y prevenir estos posibles problemas. La articulación del sector salud con la educación y la asistencia social es fundamental para lograr la asistencia y la cobertura necesaria que hará frente a este fenómeno, acrecentado tras la pandemia.

Si bien el estudio solo puede dar cuenta del porcentaje de niñas y niños que han sido diagnosticados con diferentes trastornos (del desarrollo intelectual, de desarrollo del aprendizaje, por hiperactividad con déficit de atención y del espectro autista), y no indaga por las acciones de seguimiento que tienen una vez diagnosticados, se recomienda avanzar en obtener información sobre las condiciones en las que estas niñas y niños viven; las acciones que las diferentes instancias del gobierno distrital emprenden para atender esta población; las acciones de inclusión, y otras que puedan ser relevantes para determinar la condiciones de esta población.

De acuerdo con los resultados sobre **percepción de la salud y la salud mental** se recomienda fortalecer las acciones de política pública y las acciones interinstitucionales que lleven a las personas a tener una mejor salud y salud mental, con un enfoque de curso de vida, en el cual una mejor salud y salud mental se comprenda en el contexto del momento de vida en el que se encuentran las personas, y se relacionen con las dimensiones significativas de la salud mental: ser

productivo, trabajar, estudiar, pensar, reflexionar, aprender de la vida y poder hacer siempre lo que se quiere (con énfasis de la adultez y en el estrato 1).

De acuerdo con la información obtenida en personas mayores de 18 años (jóvenes, adultos y las personas mayores), una cuarta parte de la población muestra **riesgo, indicios o algún trastorno mental**. Se recomienda fortalecer las acciones de detección y prevención de enfermedades mentales en las personas mayores de 18 años con especial énfasis en la población de orientación, identidad y género diversa; en las mujeres; las personas del estrato 1, y las personas en zonas rurales.

**El consumo de bebidas alcohólicas** está ampliamente validado en nuestra sociedad y vinculado a costumbres y tradiciones culturales, de allí que las prevalencias de consumo perjudicial y problemático sean altas (especialmente en hombres, aunque con tendencia al alza en mujeres), pero su diagnóstico como trastorno sea bajo. Se recomienda fortalecer las acciones de prevención del consumo de bebidas alcohólicas con énfasis en los hombres, jóvenes y adultos; y aunque los adolescentes presentan la menor prevalencia vida en este consumo, se recomienda implementar acciones que lleven a atrasar la edad de inicio del consumo de las bebidas alcohólicas.

También se recomienda: fortalecer el tamizaje de alcohol en las instituciones de salud, escuelas y universidades, para detectar problemas de consumo de riesgo y perjudicial, y contribuir a su prevención; fortalecer la capacidad institucional para la atención de personas con consumo de riesgo y perjudicial; incrementar la acción interinstitucional, e identificar acciones de acuerdo con el curso de vida para la prevención del consumo de bebidas alcohólicas, por ejemplo: estilos positivos de crianza en las familias,



concientización sobre los riesgos del consumo de bebidas alcohólicas en la familia, fortalecimiento de la autoestima en los adolescentes, reducción de los factores de riesgo en la adolescencia y la juventud, desarrollar habilidades y capacidades para el afrontamiento de sucesos vitales. Estas son algunas de las estrategias con evidencia que pueden coadyuvar a la mitigación de este fenómeno.

La **comorbilidad existente entre riesgo, indicio o diagnóstico de trastorno y consumo de alcohol o de sustancias psicoactivas** incrementan los factores de vulnerabilidad que rodean a las personas, aumentan la gravedad de los trastornos de base, y reducen tanto la calidad como la esperanza de vida. Es fundamental incrementar el nivel de conocimiento sobre el trastorno dual, y ofrecer tratamientos combinados (tratamiento del consumo problemático de la o las sustancias psicoactivas, y tratamiento psiquiátrico o terapéutico de salud mental); siendo los trastornos depresivos, ansiosos y de déficit de atención los más frecuentes en las personas con consumos problemáticos de alcohol u otras sustancias.

Se recomienda fortalecer el **acceso** de las personas a los servicios de salud mental, especialmente el de las personas adultas; personas en los estratos 1 y 2, y personas en zona rural. Así como ampliar la cobertura de las acciones existentes de promoción de la salud mental y de prevención de riesgos que perjudiquen o afecten la salud mental. Esto pasa por disminuir o eliminar la negación de la atención en los servicios de salud mental o, por lo menos, brindar una justificación razonable para la negación del servicio, y mejorar los tiempos de respuesta en la asignación de citas por temas de salud mental.

# Referencias bibliográficas





1. Organización Mundial de la Salud. Salud mental [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2023. Disponible en: [https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/mental-health#tab=tab_1)
2. Ministerio de Salud y Protección Social. Ley 1616 del 21 de enero de 2013 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
3. Secretaría Distrital de Salud. Política Distrital de Salud Mental 2015-2025 [Internet]. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2015. Disponible en: <https://repositorio.saludcapital.gov.co/bitstream/handle/20.500.14206/4904/S D S - S H A R E P O I N T 2 - 0 4 7 7 . pdf?sequence=1&isAllowed=y>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. *ABECÉ sobre la salud mental, sus trastornos y estigma* [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2014. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/abc-salud-mental.pdf>
5. Organización Mundial de la Salud. Guía de Referencia (versión 14 nov 2019) [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019. Disponible en: [https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20\(version%2014%20nov%202019\).pdf](https://icd.who.int/es/docs/Guia%20de%20Referencia%20(version%2014%20nov%202019).pdf)
6. Organización Panamericana de la Salud. *Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud CIF-10: Volumen 1* [Internet]. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2019. Disponible en: <https://ais.paho.org/classifications/chapters/pdf/volume1.pdf>
7. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 3374 de 2000 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2000. Disponible en: [https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n\\_3374\\_de\\_2000.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/Resoluci%C3%B3n_3374_de_2000.pdf)
8. Castellero Mimenza, Oscar. *Trastorno mixto ansioso-depresivo: causas y síntomas* [Internet]. Barcelona: Psicología y Mente; 2023. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/trastorno-mixto-ansioso-depresivo>
9. Ministerio de Salud y Protección Social. *Estrategia Nacional de Respuesta Integral Frente al Consumo de Alcohol en Colombia* [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/estrategia-nacional-alcohol-colombia.pdf>
10. Organización Mundial de la Salud. Suicidio [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/suicide>
11. American Psychiatric Association. *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5™* (5th ed.). American Psychiatric Publishing, Inc.; 2013
12. Organización Mundial de la Salud. *Alcanzar la equidad sanitaria actuando sobre los determinantes sociales de la salud: Resumen analítico del informe final* [Internet]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. Disponible en: [https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69830/WHO\\_IER\\_CSDH\\_08.1\\_sustancias psicoactivas.pdf?sequence=1](https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/69830/WHO_IER_CSDH_08.1_sustancias psicoactivas.pdf?sequence=1)
13. Patel V, Saxena S, Lund C, et al. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. Lancet. 2018;392(10157):1553-1598
14. Naciones Unidas. *The 17 Goals | Sustainable Development*. United Nations Sustainable Development [Internet]. Disponible en: <https://sdgs.un.org/goals>





15. World Health Organization. *Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2001. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR\\_2001\\_sustancias psicoactivas.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42447/1/WHR_2001_sustancias psicoactivas.pdf)
16. Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre salud mental: Transformar la salud mental para todos* [Internet]. Organización Mundial de la Salud. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/es/publications/i/item/9789240050860>
17. Organización Panamericana de la Salud. *La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018* [Internet]. Washington, D.C.: OPS; 2018. Disponible en: [https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280\\_sustancias psicoactivas.pdf?sequence=9](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/49578/9789275320280_sustancias psicoactivas.pdf?sequence=9)
18. Ministerio de Salud y Protección Social, Colciencias. *Encuesta Nacional de Salud Mental 2015* [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2015. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/presentacion-encuesta-nacional-salud-mental-2015.pdf>
19. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C., Secretaría Distrital de Salud (SDS), Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). *Estudio tamiz de salud mental de la población de 7 a 69 años en la ciudad de Bogotá D.C. Informe Final*. Bogotá D.C.: SDS – OPS/OMS; 2017.
20. Organización Mundial de la Salud. *Plan de Acción Integral sobre Salud Mental 2013 - 2030*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022
21. World Health Organization (2021). *Mental health atlas 2020* [Internet]. Geneva: World Health Organization, 2021. Disponible en: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036703>
22. Colombia. Constitución Política de Colombia. Bogotá: Asamblea Nacional Constituyente; 1991.
23. Colombia. Ley 1438 de 2011 “Por medio de la cual se reforma el Sistema General de Seguridad Social en Salud y se dictan otras disposiciones”. Bogotá: Congreso de la República; 2011.
24. Colombia. Resolución 1841 de 2013 “Por la cual se adoptó el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021”. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
25. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública PDSP 2022 - 2031 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2022. Disponible en [documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/documento-plan-decenal-salud-publica-2022-2031.pdf)
26. Congreso de Colombia. Ley 1616 de 2013. Bogotá: Congreso de Colombia; 2013.
27. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 429 de 2016. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2016.
28. Secretaría Distrital de Salud. *Hacia un nuevo Modelo de Atención Integral en salud*. Bogotá: Secretaría Distrital de Salud; 2018.
29. Alcaldía Mayor de Bogotá D.C. (AMB) – Secretaría Distrital de Salud (SDS). *Política Distrital de Salud Mental, 2015-2025*. Bogotá D.C.; 2016.
30. Organización Mundial de la Salud. *Política, planes y programas de salud mental*. Bogotá: Alcaldía Mayor de Bogotá – Secretaría Distrital de Salud; 2005.
31. García Valencia J. *Investigación en salud mental durante la pandemia de COVID-19*. Revista Colombiana Psiquiatría [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745020300998?via%3Dihub>





32. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022.
33. Banco Mundial. *Estudio de la Carga Mundial de Morbilidad 2020* [Internet]. Washington: Banco Mundial; 2020. Disponible en: <https://documents.worldbank.org/curated/en/266171468266065295/pdf/808510PUB-0sustancias psicoactivasN0Box0379820B-00PUBLIC0.pdf>
34. Ministerio de Salud y Protección Social. *Las cifras de la salud mental en pandemia* [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2023 [citado 23 Nov 2023]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Las-cifras-de-la-salud-mental-en-pandemia.aspx>
35. Colegio Colombiano de Psicólogos. *Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia* [Internet]. Bogotá: Colegio Colombiano de Psicólogos; 2021. Disponible en: <https://www.colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/09/Libro-Impacto-de-la-pandemia-de-COVID-19-en-la-salud-mental-en-Colombia.pdf>
36. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE-. *Boletín Técnico Pobreza Multidimensional en Colombia Año 2022*. Bogotá: 23 de mayo 2023.
37. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.
38. Agudelo-Hernández F, Guapacha-Montoya M, Vélez-Botero H. *Validación a un contexto latinoamericano de la Escala de Parentalidad y Ajuste Familiar (PAFAS)*. *Aten Fam*. 2023;24(3):192-199. <http://dx.doi.org/10.22201/fm.14058871p.2023.3.85775>.
39. Departamento Administrativo Nacional de Estadística – DANE-. *Boletín Técnico Pobreza Multidimensional en Colombia Año 2022*. Bogotá: 23 de mayo 2023.
40. Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>.
41. Särndal, C.E., Swensson, B. and Wretman, J. (2003) *Model Assisted Survey Sampling*. Springer Science & Business Media, Berlin, Heidelberg.
42. Lavallée, P. & Hidiroglou, M. (1988). *On the stratification of skewed populations*. *Survey Methodology*. Statistics Canada.
43. Kish. L. 1965. *Survey Sampling*. John Wiley and Sons. Nueva York.
44. Naciones Unidas. *Diseño de muestras para encuestas de hogares*. Nueva York. 2009. Disponible en: [https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/seriesf\\_98s.pdf](https://unstats.un.org/unsd/publication/seriesf/seriesf_98s.pdf)
45. Ministerio de Salud. *ABCÉ Enfoque de curso de vida*. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ABCenfoqueCV.pdf>
46. Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. *Advances and open questions in the science of subjective well-being*. Collabra: Psychology. 2018. [Citado 22 de enero de 2024]. Disponible en: <https://doi.org/10.1525/collabra.115>
47. Fariña, D. Seijo, D. Tomé, B. Castro. *Adaptación española y propiedades psicométricas de la Escala de Parentalidad y Ajuste Familiar (PAFAS)*. *Revista de Psicología Clínica con Niños y Adolescentes*, ISSN-e 2340-8340, Vol. 8, N° 1, 2021, págs. 40-46.
48. Robles-Arana Y, Padilla-Lay M. *Análisis psicométrico del Cuestionario de Autorreporte (SRQ) como indicador de depresión y ansiedad en usuarios de establecimientos de salud de Lima*. *Revista de Neuro-Psiquiatría* [Internet]. 3oct.2023 [citado 23ene.2024];86(3):161-70. Available from: <https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/4971>



49. Rueda-Jaimes, G. E., Castro-Rueda, V. A., Rangel-Martínez-Villalba, A. M., Moreno-Quijano, C., Martínez-Salazar, G. A., & Camacho, P. A. (2018). *Validación de la Escala de Desesperanza de Beck en pacientes con riesgo suicida*. *Revista de psiquiatría y salud mental*, 11(2), 86–93. <https://doi.org/10.1016/j.rpsm.2016.09.004>
50. Payne, J. L., & Maguire, J. (2019). *Pathophysiological mechanisms implicated in postpartum depression*. *Frontiers in neuroendocrinology*, 52, 165-180.
51. Sullivan, P. F., Neale, M. C., & Kendler, K. S. (2000). *Genetic epidemiology of major depression: review and meta-analysis*. *American journal of psychiatry*, 157(10), 1552-1562.
52. Kuehner, C. (2003). *Gender differences in unipolar depression: an update of epidemiological findings and possible explanations*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 163-174.
53. O'hara, M. W., & McCabe, J. E. (2013). *Postpartum depression: current status and future directions*. *Annual review of clinical psychology*, 9, 379-407.
54. Mojtabai, R., & Olfson, M. (2006). *Treatment seeking for depression in Canada and the United States*. *Psychiatric Services*, 57(5), 631-639.
55. ESEMeD/MHEDEA 2000 Investigators, Alonso, J., Angermeyer, M. C., Bernert, S., Bruffaerts, R., Brugha, T. S., ... & Vollebergh, W. A. M. (2004). *Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project*. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109, 21-27.
56. Vos, T., Flaxman, A. D., Naghavi, M., Lozano, R., Michaud, C., Ezzati, M., ... & Harrison, J. E. (2012). *Years lived with disability (YLDs) for 1160 sequelae of 289 diseases and injuries 1990–2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010*. *The lancet*, 380(9859), 2163-2196.
57. Möller-Leimkühler, A. M. (2003). *The gender gap in suicide and premature death or: why are men so vulnerable? European archives of psychiatry and clinical neuroscience*, 253, 1-8.
58. Canetto, S. S., & Sakinofsky, I. (1998). *The gender paradox in suicide*. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 28(1), 1-23.
59. Mann, J. John, et al. *Suicide prevention strategies: a systematic review*. *Jama* 294.16 (2005): 2064-2074.
60. Darvishi, N., Farhadi, M., Haghtalab, T., & Poorolajal, J. (2015). *Alcohol-related risk of suicidal ideation, suicide attempt, and completed suicide: a meta-analysis*. *PLoS one*, 10(5), e0126870
61. Klonsky, E. D., May, A. M., & Saffer, B. Y. (2016). *Suicide, suicide attempts, and suicidal ideation*. *Annual review of clinical psychology*, 12, 307-330.
62. O'Connor, R. C., Pirkis, J., & Cox, G. R., 2016, *The International Handbook of Suicide Prevention, 2nd Edition*. Wiley-Blackwell. 848 pag. Disponible en: <https://eprints.gla.ac.uk/210060/>
63. Balsam, K. F., Molina, Y., Beadnell, B., Simoni, J., & Walters, K. (2011). *Measuring multiple minority stress: the LGBT People of Color Microaggressions Scale*. *Cultural Diversity and Ethnic Minority Psychology*, 17(2), 163.
64. Marshal, M. P., Dietz, L. J., Friedman, M. S., Stall, R., Smith, H. A., McGinley, J., ... & Brent, D. A. (2011). *Suicidality and depression disparities between sexual minority and heterosexual youth: A meta-analytic review*. *Journal of adolescent health*, 49(2), 115-123.
65. Diemer, E. W., Grant, J. D., Munn-Chernoff, M. A., Patterson, D. A., & Duncan, A. E. (2015). *Gender identity, sexual orientation, and eating-related pathology in a national sample*



- of college students. *Journal of adolescent health*, 57(2), 144-149.
66. Hughes, T. L., Johnson, T., & Wilsnack, S. C. (2001). *Sexual assault and alcohol abuse: A comparison of lesbians and heterosexual women. Journal of substance abuse*, 13(4), 515-532.
67. Organización Panamericana de la Salud. Por la salud de las personas trans. Elementos para el desarrollo de la atención integral de personas trans y sus comunidades en Latinoamérica y el Caribe [Internet]. 2012. Disponible en: <https://www3.paho.org/arg/images/gallery/Blueprint%20Trans%20Espa%C3%83%C2%B1ol.pdf>
68. The Trevor Project. *Black and LGBTQ Approaching Intersectional Conversations*. (2021) Disponible en: <https://www.thetrevorproject.org/wp-content/uploads/2021/07/intersectional-conversations.pdf>
69. Sanabria-Mazo J.P., Useche-Aldana B., Ochoa P., Rojas-Gualdrón D., Sanz A. *Impacto de la pandemia de COVID-19 en la salud mental en Colombia*. Universitat Autònoma de Barcelona. PSY-COVID. COLPSIC. 2021. Disponible en: <https://colpsic.org.co/wp-content/uploads/2021/09/Libro-Impacto-de-la-pandemia-de-COVID-19-en-la-salud-mental-en-Colombia.pdf>
70. Panamerican Health Organization. *Disasters Newsletter* N. 131 – *Mental Health Supplement*. Octubre 2021. Disponible en: <https://www.paho.org/en/health-emergencies/disasters-newsletter-n131-mental-health-supplement-october-2021>
71. *Equal Rights Coalition*. Grupo de trabajo de Organizaciones de la Sociedad Civil de la coalición por la igualdad de derechos (ERC) sobre COVID-19. *Informe 1: El impacto global del COVID-19 en la población LGBTI*. 2020. Disponible en: <https://equalrightscoalition.org/wp-content/uploads/2020/04/COVID-Report-SP.pdf>
72. Pinto. F., Saletti-Cuesta L. “La covid no ha podido con nosotrxs”: impacto de la pandemia en el acceso efectivo de personas trans a tratamientos hormonales integrales en Córdoba, Argentina. 2023. Disponible en: <https://scielosp.org/article/sausoc/2023.v32n2/e210215es/es/>
73. Neighbors HW, Caldwell C, Williams DR, et al. *Race, Ethnicity, and the Use of Services for Mental Disorders: Results From the National Survey of American Life*. *Arch Gen Psychiatry*. 2007;64(4):485–494. doi:10.1001/archpsyc.64.4.485
74. DeCarlo Santiago C., Miranda J. *Progress in Improving Mental Health Services for Racial-Ethnic Minority Groups: A Ten-Year Perspective*. 14 de octubre de 2014. Publicado en línea, disponible en: <https://ps.psychiatryonline.org/doi/full/10.1176/appi.ps.201200517>
75. Quinney, L. (2009). *Culture and Mental Health: Sociocultural Influences, Theory and Practice*, Sussie Eshun and Regan A. Gurung (eds), Malden, MA and Chichester, Wiley-Blackwell, 2009.
76. WebMD Editorial Contributors. *Anxiety Disorders*. 2023. Disponible en: <https://www.webmd.com/anxiety-panic/anxiety-disorders#1>
77. Vega, W. A., & Rumbaut, R. G. (1991). *Ethnic Minorities and Mental Health. Annual Review of Sociology*, 17, 351–383. <http://www.jstor.org/stable/2083347>
78. Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría de Salud de Bogotá & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C.* 2022. Disponible en: [https://www.unodc.org/documents/colombia/2023/septiembre-9/ESTUDIO\\_DE\\_CONSUMO\\_DE\\_SUSTANCIAS\\_PSICOACTIVAS\\_BOGOTA\\_2022.pdf](https://www.unodc.org/documents/colombia/2023/septiembre-9/ESTUDIO_DE_CONSUMO_DE_SUSTANCIAS_PSICOACTIVAS_BOGOTA_2022.pdf)

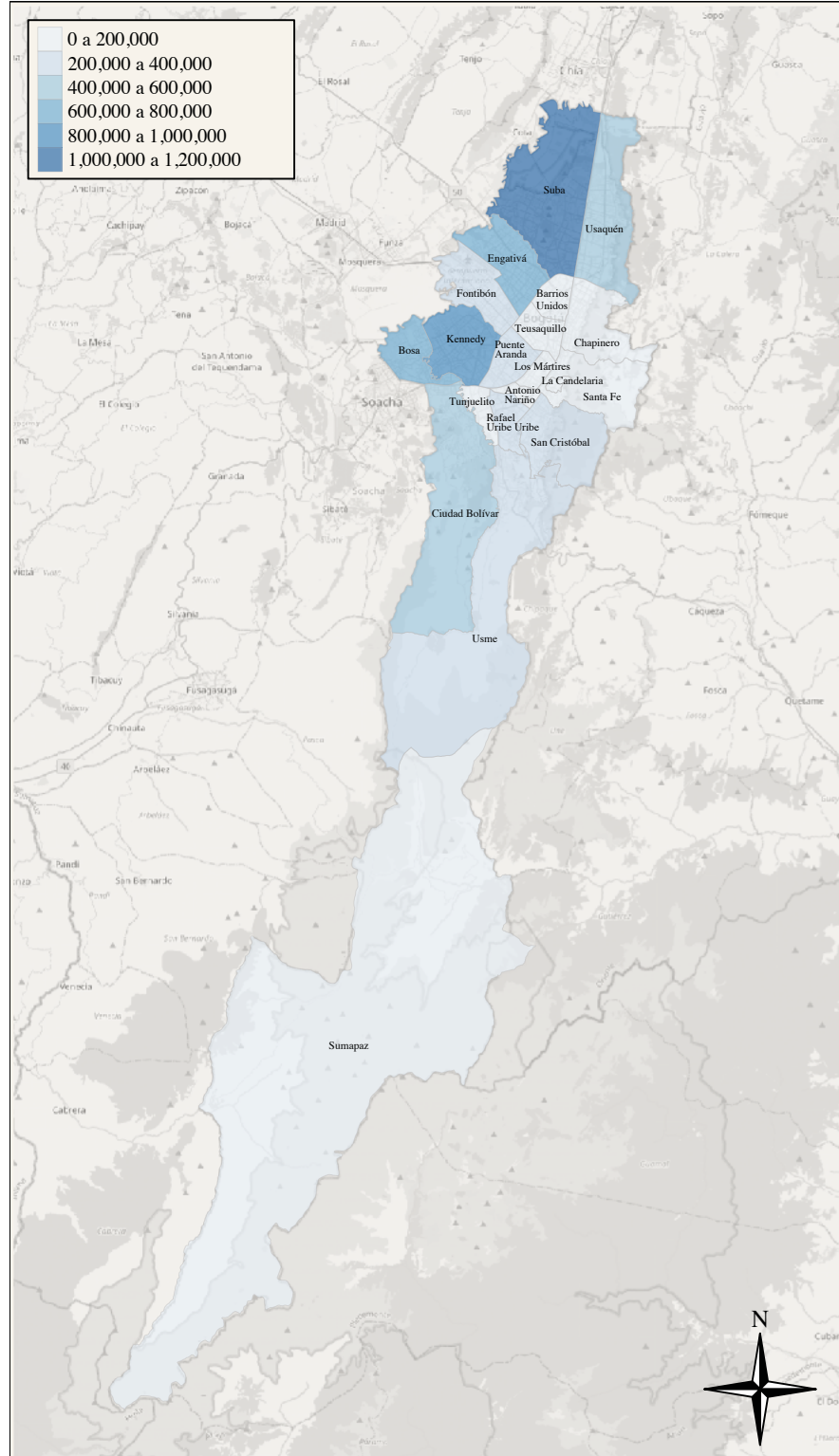
# Anexos





Mapas del estudio:

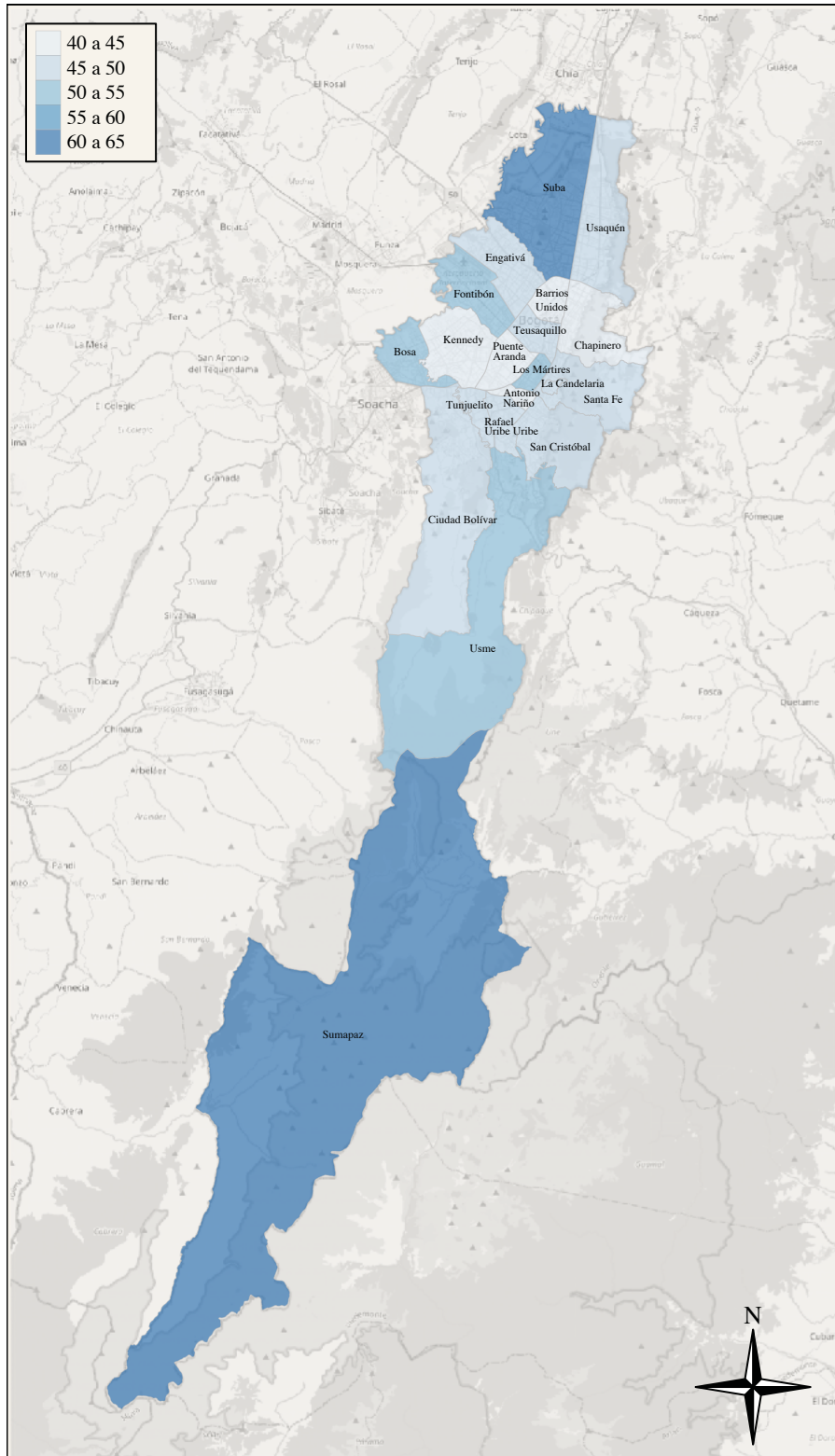
Distribución de la muestra por localidades:  
población expandida





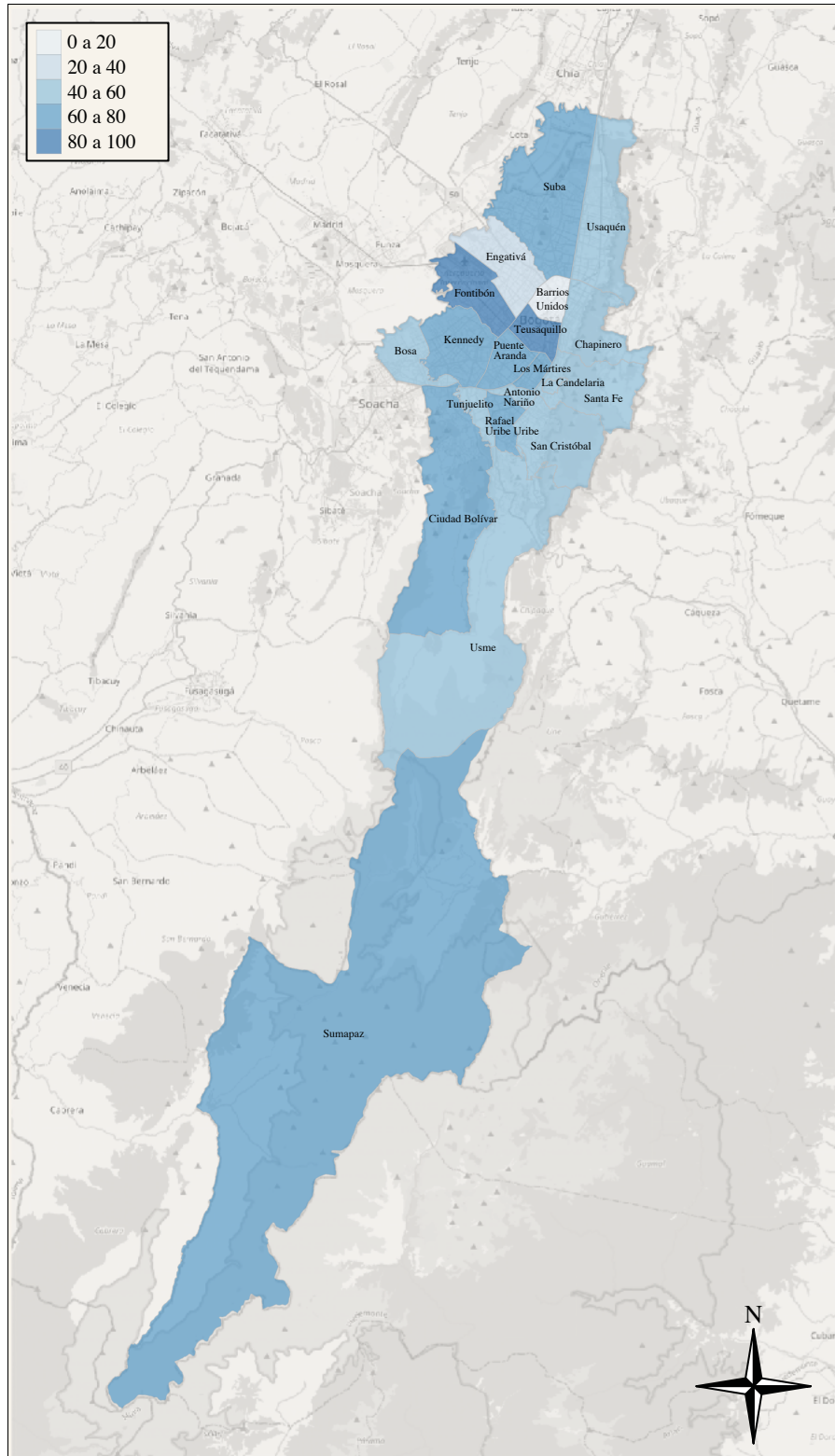


### Sentimiento de felicidad por localidad: porcentaje de personas con respuesta muy feliz o feliz



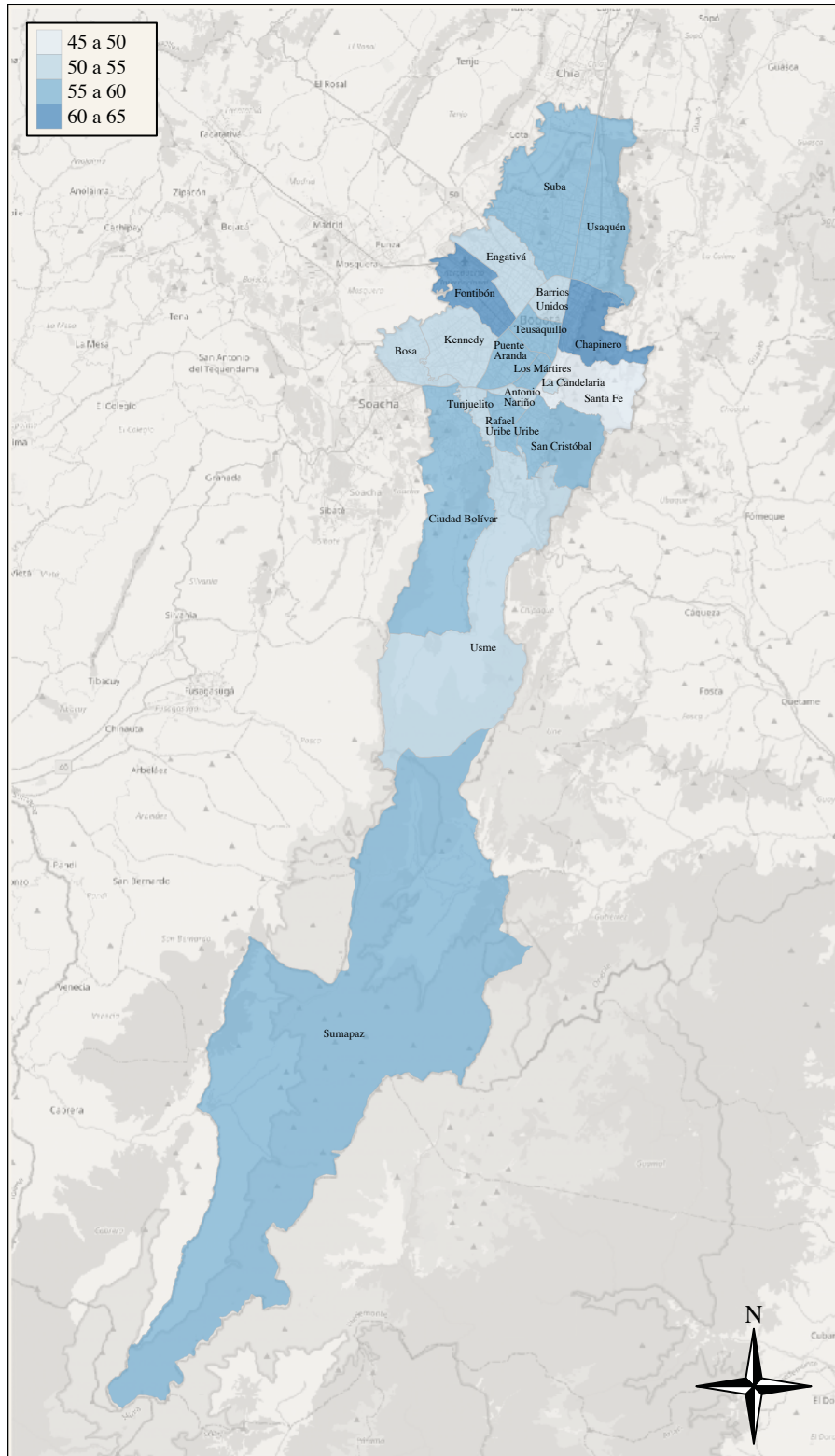


### Distribución puntaje escala de padres involucrados según localidad: porcentaje de personas con puntajes más altos en escala (5 o 6)





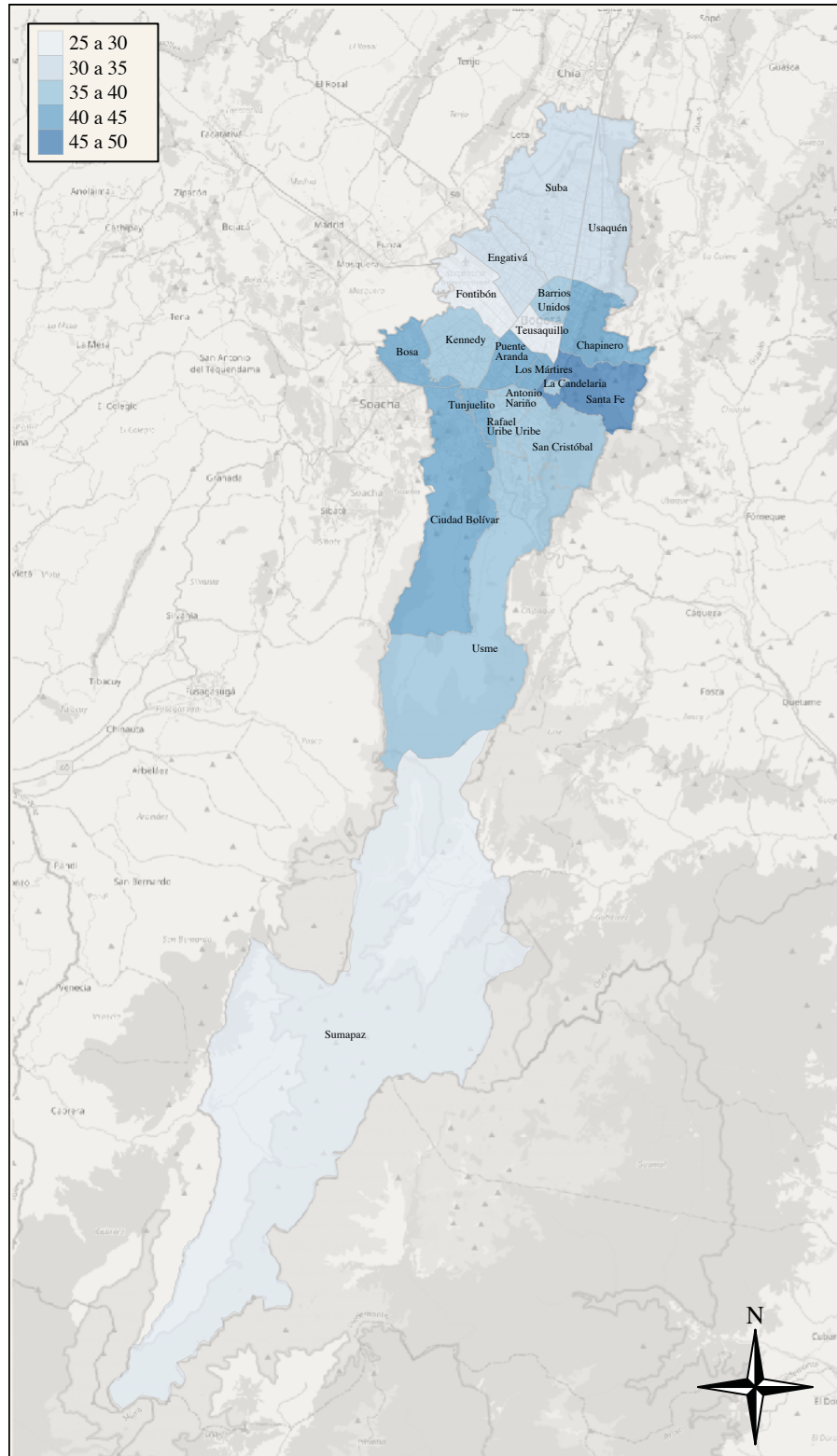
### Percepción de la salud mental – localidades: porcentaje de personas con percepción excelente o muy buena





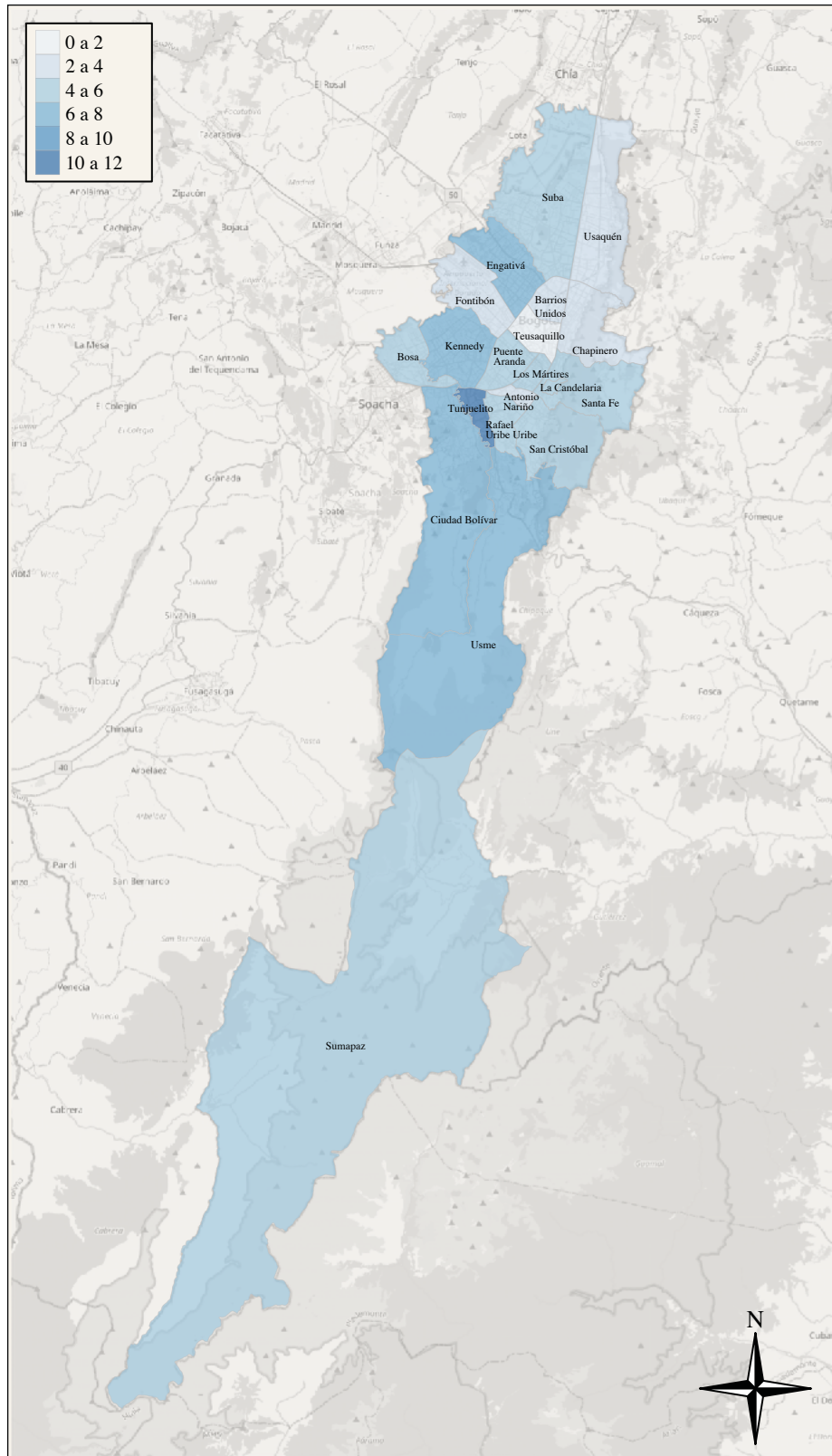


Número de síntomas en el SRQ – localidades:  
porcentaje de personas con puntajes más altos (6 a  
7 síntomas o más de 8 )



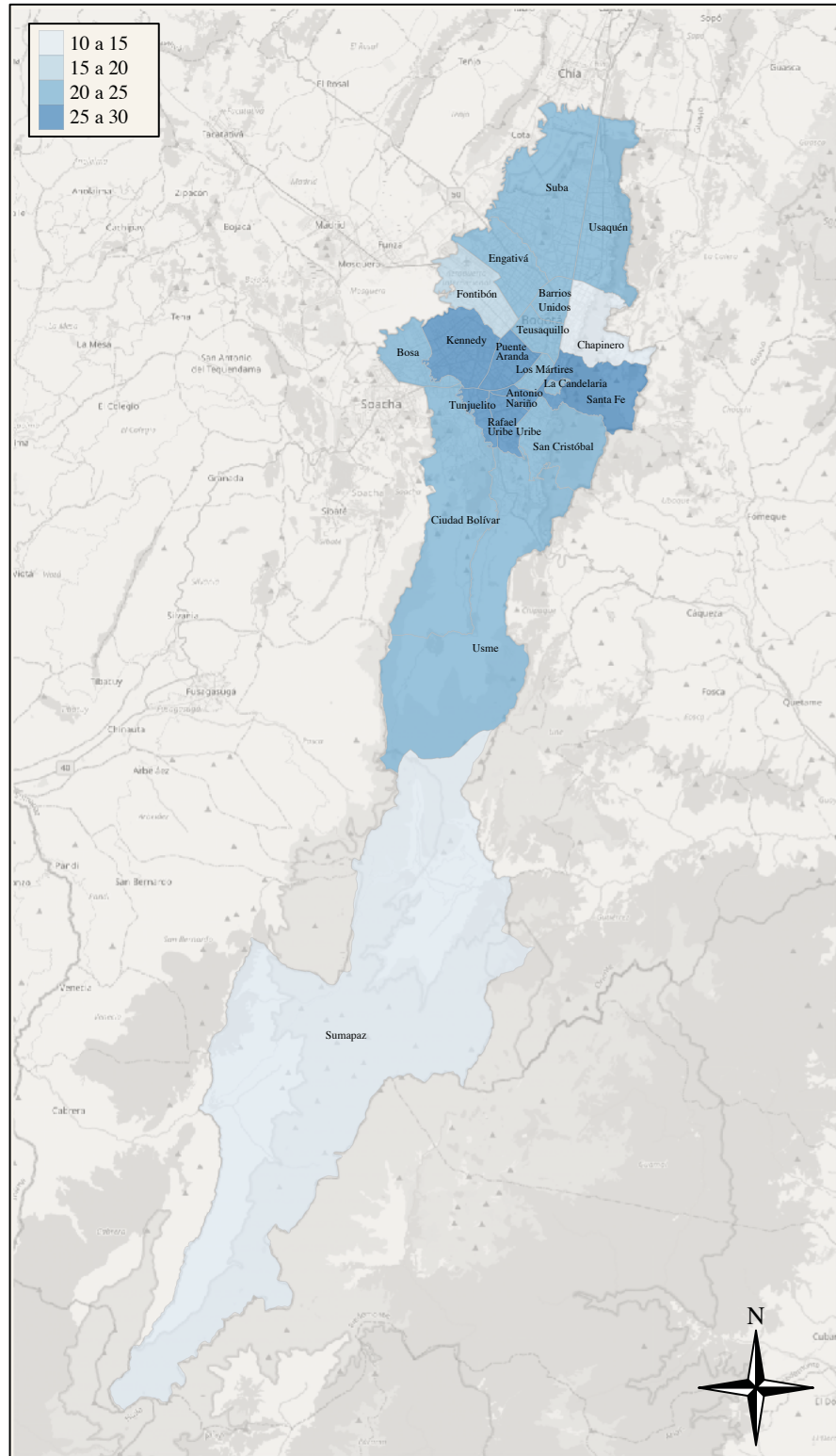


### Síntomas de psicosis – localidades: porcentaje de personas con puntajes más altos (3 a 4 síntomas)



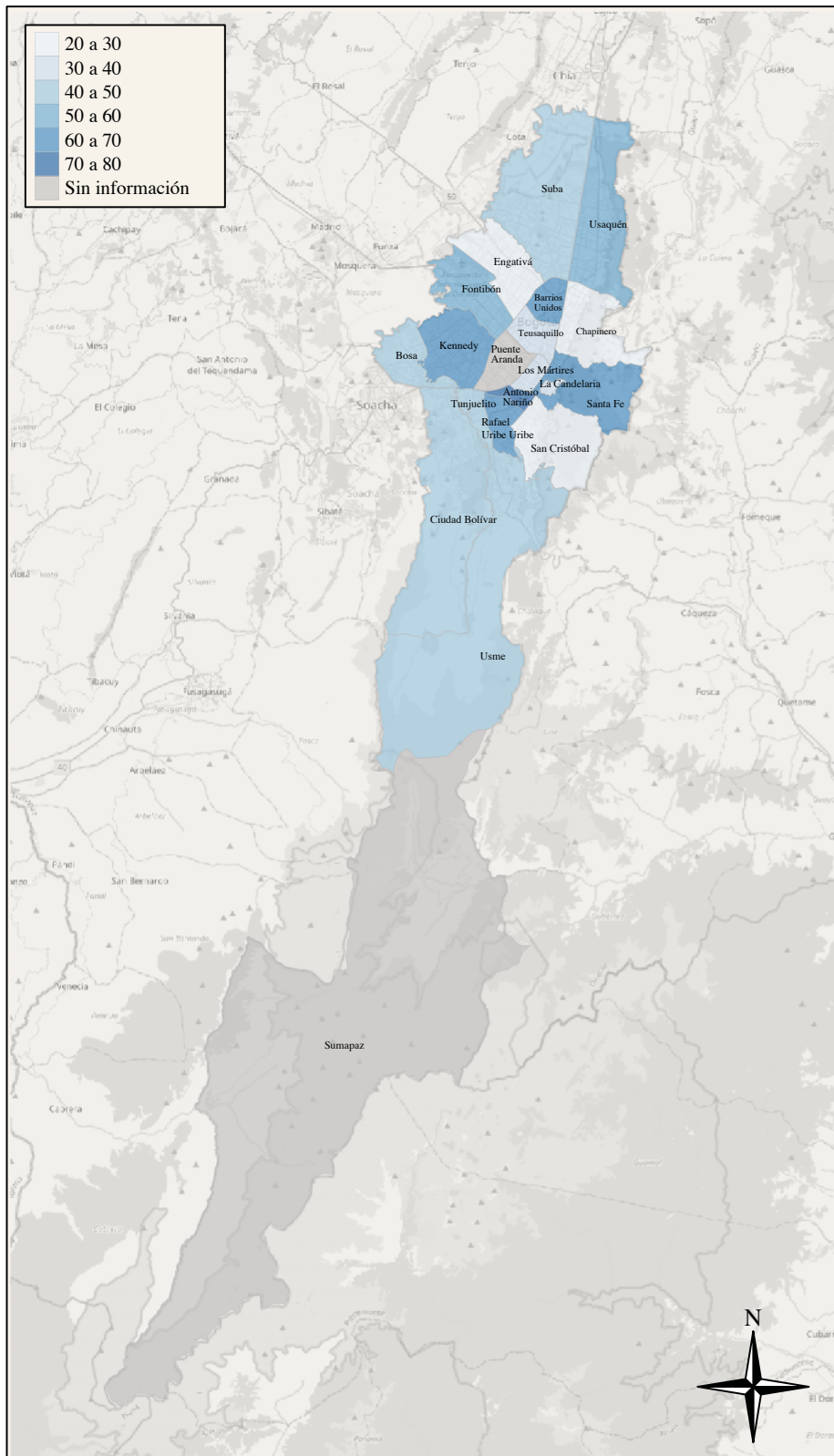


### Exposición a PTSD – localidades: porcentajes de personas que habiendo sufrido un evento traumático están en riesgo o probable PTSD





### Edad promedio diagnóstico deterioro cognitivo, demencia o Alzheimer: localidades







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

Para consultar los microdatos del estudio, escanee:



O ingrese al siguiente enlace: [bit.ly/BDDDESMBOG2023](https://bit.ly/BDDDESMBOG2023)

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

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



O ingrese al siguiente enlace: [bit.ly/RecursosESMBOG](https://bit.ly/RecursosESMBOG)

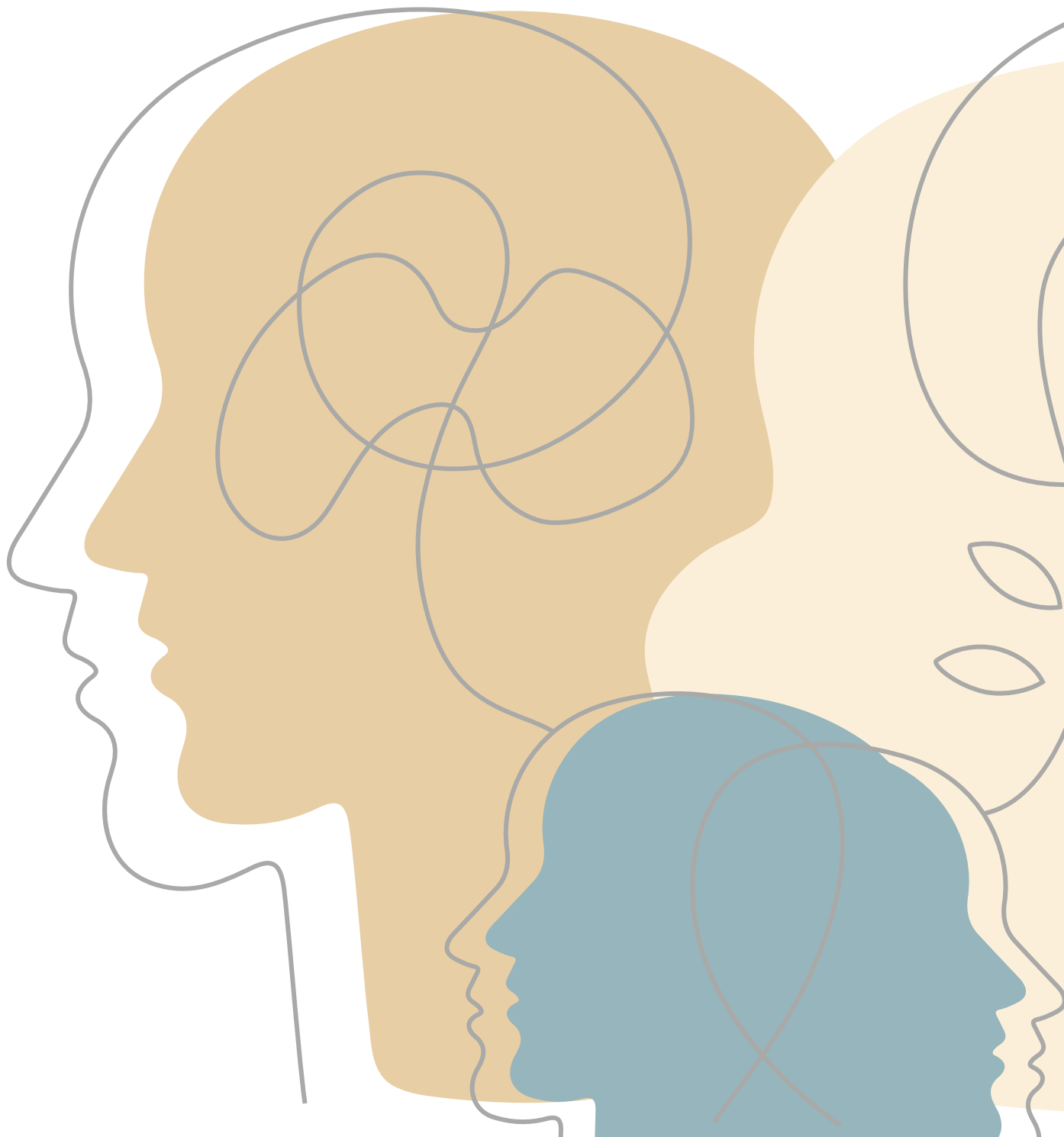
### Instrumentos:

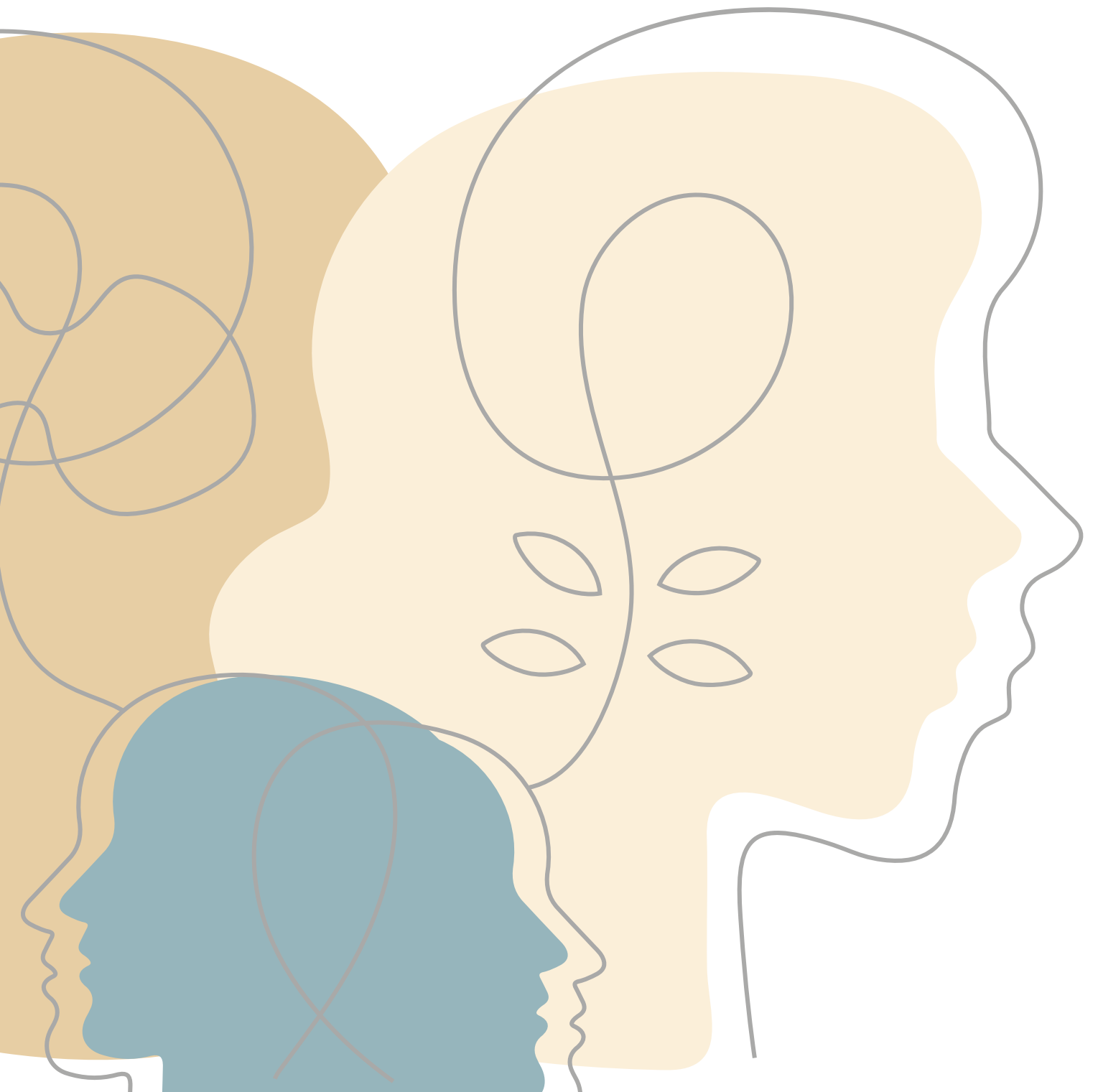
Para consultar los instrumentos del estudio, escanee:



O ingrese al siguiente enlace: [bit.ly/InstrumentosESMBOG2023w](https://bit.ly/InstrumentosESMBOG2023w)

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











**UNODC**

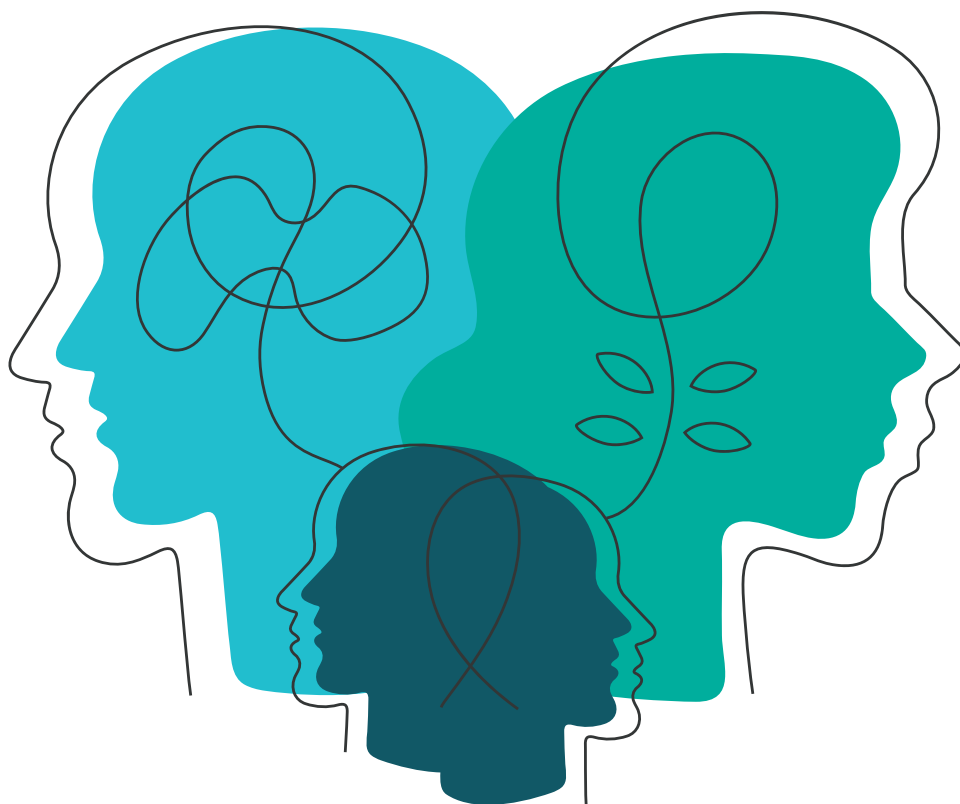
Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
**SALUD**





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

*Efectos de la pandemia de  
Covid – 19 en la salud mental*

3



**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito

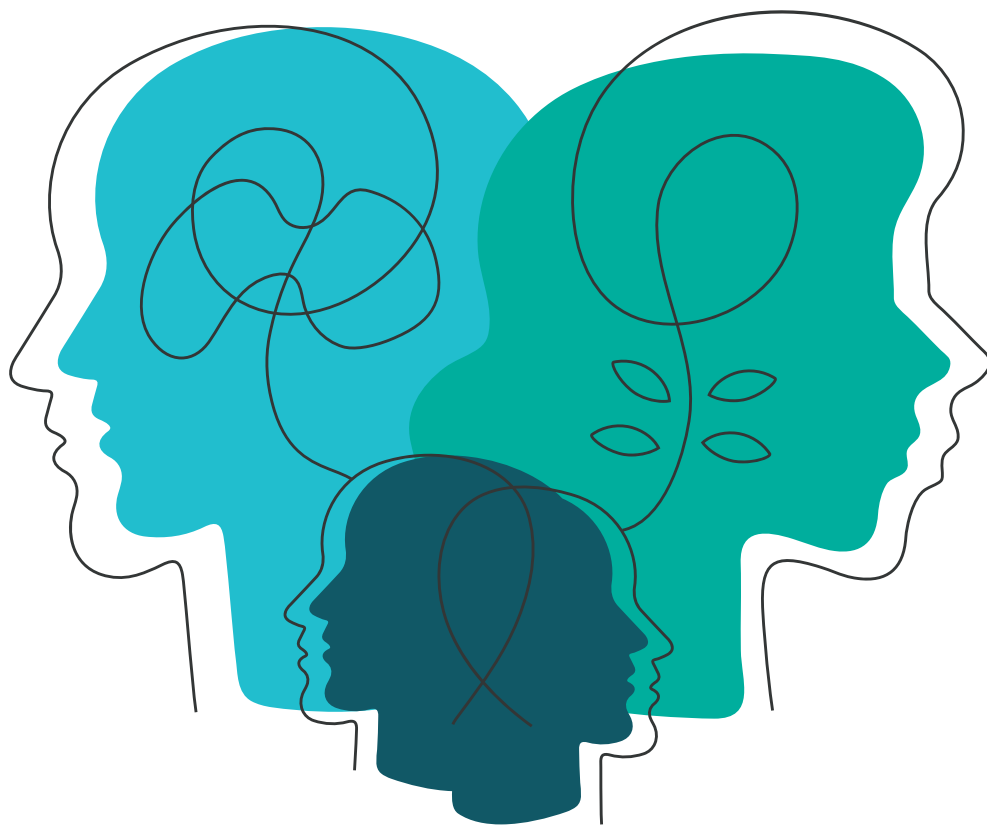


ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
**SALUD**

**BOGOTÁ**





# ESTUDIO DE SALUD MENTAL

EN BOGOTÁ D.C., 2023

*Efectos de la pandemia de  
Covid – 19 en la salud mental*

3



**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
SALUD

**BOGOTÁ**

---

## Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Claudia López Hernández  
**Alcaldesa Mayor de Bogotá**

## Secretaría Distrital de Salud

Alejandro Gómez López  
**Secretario Distrital de Salud**

Manuel Alfredo González Mayorga  
**Subsecretario de Salud Pública**

Diane Moyano Romero  
**Directora de Epidemiología, Análisis y  
Gestión de Políticas de Salud Colectiva**

Sol Yiber Beltrán Aguilera  
**Subdirectora de Vigilancia en Salud Pública**

Henry Alejo Alejo  
**Profesional especializado Área de  
Vigilancia en Salud Pública**

## Organismo cooperante:

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

Candice Welsch  
**Representante Regional**

Olivier Inizan  
**Representante Regional Adjunto**

María Mercedes Dueñas  
**Coordinadora Regional de Prevención y  
Tratamiento del Consumo de Drogas**

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

Daniel Ballesteros Sánchez  
**Líder en Gestión del Conocimiento**



---

## Coordinación técnica

Henry Alejo Alejo

**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

Diana Raquel Sierra Acuña

Daniel Ballesteros Sánchez

Gissell Astrid Medina Meléndez

**UNODC para la Región Andina y el Cono Sur**

## Diseño de instrumentos

Henry Alejo Alejo

**Secretaría Distrital de Salud de Bogotá**

Diana Raquel Sierra Acuña

Daniel Ballesteros Sánchez

Gloria Elena Pulgarín Arias

**UNODC para la Región Andina y el Cono Sur**

## Trabajo de campo

Manuel Steven Alvarado Castro

María Paula Jiménez Gómez

Miguel Ángel Toloza Alfonso

**UNODC para la Región Andina y el Cono Sur**

## Análisis de la información

Gissell Astrid Medina Meléndez

Manuel Steven Alvarado Castro

María Paula Jiménez Gómez

Miguel Ángel Toloza Alfonso

Jennyfer Vanessa Vivas Medina

Eliana Ivet Toro Carmona

Angie Natalia Muñoz Panche

Maira Alejandra Mina Aponza

**UNODC para la Región Andina y el Cono Sur**



---

## Preparación del informe

Diana Raquel Sierra Acuña  
Daniel Ballesteros Sánchez  
Gissell Astrid Medina Meléndez  
Manuel Steven Alvarado Castro  
María Paula Jiménez Gómez  
Miguel Ángel Toloza Alfonso  
Jully Carolina Corrales Figueroa  
Gloria Elena Pulgarín Arias  
Laura Jimena Patiño Bonza

**UNODC para la Región Andina y el Cono Sur**

## Revisión informe final

Henry Alejo Alejo

**Secretaría Distrital de Salud**

María Mercedes Dueñas  
Diana Raquel Sierra Acuña  
Daniel Ballesteros Sánchez

**UNODC para la Región Andina y el Cono Sur**

## Diseño, diagramación y corrección de estilo

Laura Jimena Muñoz Echeverri  
Laura Jimena Patiño Bonza

**UNODC para la Región Andina y el Cono Sur**

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

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

[www.saludcapital.gov.co](http://www.saludcapital.gov.co)  
[www.unodc.org/colombia](http://www.unodc.org/colombia)

ISBN:

Diseño, diagramación, corrección de estilo e impresión:  
Grafoscopio

Para citar este documento:

Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de Salud de Bogotá & Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). Estudio de salud mental en Bogotá D.C., 2023.



---

## Tabla de contenido

Resumen ejecutivo .....	8
Introducción.....	11
<b>Parte 1</b> - Sobre el desarrollo del estudio: marco conceptual, metodología, limitaciones y alcance de la investigación .....	13
Referencias bibliográficas .....	23
<b>Parte 2</b> - Resultados .....	26
<b>Capítulo 1. Vivencias y experiencias del periodo de mayor criticidad de la pandemia</b> .....	26
Referencias bibliográficas .....	74
<b>Capítulo 2. Afectaciones en la salud mental</b> .....	78
Referencias bibliográficas .....	126
<b>Capítulo 3. Confinamiento y consumo de sustancias psicoactivas</b> .....	130
Referencias bibliográficas .....	145
<b>Capítulo 4. Procesos de resiliencia en tiempos de pandemia</b> .....	148
Referencias bibliográficas .....	161
<b>Capítulo 5. Los colectivos más vulnerables</b> .....	162
Referencias bibliográficas .....	188
Conclusiones y recomendaciones .....	192





## Resumen ejecutivo

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

A través de 29 grupos focales y 52 entrevistas a profundidad con 369 personas, se identificaron siete experiencias comunes que las y los participantes vivieron de forma particular, de acuerdo con determinantes sociales, trayectorias de vida y subjetividades que configuraron el sentido de lo ocurrido. Estas experiencias son: variación de las condiciones económicas; transformación en las relaciones familiares; distanciamiento físico, aislamiento social y confinamiento obligatorio; transición a la educación virtual; atención en el sistema de salud; muerte, pérdida y duelo; y vivencias del espacio público, privado, urbano y rural.

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

Adicionalmente, a partir de los relatos de las y los participantes se evidenciaron síntomas asociados a problemas y trastornos de salud mental, siendo los más frecuentes los asociados a: trastorno de ansiedad; trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos afectivos y del estado del ánimo, como la depresión y la

---

bipolaridad; ideación, intento y consumación suicida; alteraciones del sueño; alteraciones de la conducta alimentaria; síndrome de desgaste profesional; alteraciones en cognición asociadas al COVID-19, y respuestas emocionales con valencia negativa. Por tratarse de un estudio basado en las narraciones de vivencias y experiencias de las personas, la información no es suficiente ni pertinente para el establecimiento de diagnósticos, pero es indicativa de las principales afectaciones referidas en los diferentes grupos de referencia.

La información recolectada también permitió identificar que algunos grupos poblacionales tuvieron marcados impactos en su salud mental al haber estado expuestos a las situaciones más estresantes de la pandemia. En estos grupos se encuentran las personas que trabajan en el sector de la salud, incluyendo al personal profesional, auxiliar y de servicios generales, entre otras; las y los trabajadores del sector de la educación, y las y los vendedores informales que trabajan en el espacio público. Con respecto a estos grupos de referencia, se identificó la necesidad de que se tomen acciones encaminadas a tratar los impactos en su salud mental desde un abordaje integral.

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

En cuanto al consumo de sustancias psicoactivas se encontró que el consumo más frecuente fue de alcohol y tabaco. Se evidenció el aumento de este consumo en los grupos de referencia de personal de salud, personas desempleadas y docentes; asociado a la facilidad de adquirir alcohol y tabaco en los periodos de confinamiento y a la supresión de factores de control que estaban presentes antes del aislamiento obligatorio. Estas sustancias fueron usadas por algunos participantes como promotores de esparcimiento; mecanismos de afrontamiento ante el estrés y procesos de duelo y pérdida; apoyo para conciliar el sueño y para lograr mejor concentración en actividades laborales o académicas, y en algunos casos como desinhibidor para la expresión emocional.

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

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

---

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

Por otra parte, con respecto al afrontamiento de las situaciones desencadenadas por la pandemia, se identificaron prácticas de resiliencia que pueden contribuir al bienestar emocional de la población a nivel individual y comunitario. Se trataron principalmente de prácticas de solidaridad; autocuidado físico, social, mental y emocional; cualificación y desarrollo de nuevas habilidades profesionales; diseño y ejecución de iniciativas económicas, y transformaciones del sentido de la vida.

Finalmente, en el estudio se identificaron afectaciones particulares para ciertos colectivos por sus condiciones de vulnerabilidad durante la pandemia: las mujeres; las niñas, niños y adolescentes, y las personas mayores. Con respecto al primer grupo, se apreció un incremento en los casos de violencias basadas en género y violencia intrafamiliar, agravados porque los agresores solían ser familiares cercanos o parejas de las mujeres afectadas, y porque regularmente había convivencia de las mujeres con sus agresores, o estaban en situaciones de dependencia, vulnerabilidad económica, pérdida de empleo y desigualdad en las dinámicas laborales. Adicionalmente, para este grupo se presentó un incremento en las cargas de cuidado no remunerado, en conflictos derivados de la convivencia permanente durante el confinamiento y en el consumo de alcohol. En el caso de niñas, niños y adolescentes, los principales fenómenos identificados fueron las afectaciones en sus procesos de aprendizaje, socialización y desarrollo del lenguaje; la exposición excesiva a pantallas o dispositivos tecnológicos; la tendencia a la agresividad y la violencia física y verbal en el relacionamiento;

las afectaciones en el aprendizaje de la gestión emocional; la reducción de la edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas; el aumento de ideación, amenaza y muerte por suicidio, y los casos de abuso, maltrato y violencia intrafamiliar.

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



## Introducción

La pandemia por COVID-19 fue un acontecimiento histórico que conllevó cambios radicales en las formas de ser y estar en el mundo y en el relacionamiento entre las personas. Por esta razón, en el marco del *Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023*, la Secretaría de Salud Distrital y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur, llevaron a cabo un proceso investigativo sobre los efectos de la pandemia de COVID-19 en la salud mental.

Se espera que los resultados de este componente del estudio contribuyan a la formulación de estrategias con enfoque diferencial para afrontar las problemáticas de salud mental en Bogotá, y a la promoción del bienestar de la población en términos de su capacidad para enfrentar las presiones normales de la vida y contribuir al trabajo productivo y desarrollo social.

Para este componente se elaboró un diseño de investigación cualitativo con enfoque hermenéutico. Se contó con la participación directa de 369 personas residentes en Bogotá, pertenecientes a 10 grupos de referencia y distribuidas en 29 grupos focales, y se realizaron 52 entrevistas a profundidad. En estos espacios se indagó acerca de las vivencias de las y los participantes entre marzo de 2020 y agosto de 2021, así como el impacto que la pandemia tuvo en su salud mental.

El presente documento, que es el resultado de dicho proceso de investigación, está estructurado en tres grandes secciones. En primer lugar, se presentan el marco conceptual y la metodología; en segundo lugar, se exponen los resultados en cinco capítulos, que desarrollan las categorías centrales de la investigación: vivencias y experiencias, afectaciones en salud mental, consumo de sustancias psicoactivas, resiliencia y colectivos más vulnerables; por último, se presentan las conclusiones y recomendaciones.

---

Los resultados se presentan a partir de la triangulación de tres elementos: la delimitación conceptual del análisis, los hallazgos obtenidos del análisis y los relatos que ilustran o sustentan dichos hallazgos. Esta información permite describir las consecuencias identificables de la pandemia de COVID-19 en la salud mental de las y los habitantes en Bogotá, teniendo en cuenta las variaciones en las dinámicas sociales y las formas de relacionarse, la pérdida de seres queridos, la inestabilidad económica, entre otros factores. Además, cabe resaltar que los relatos no solo dan a conocer las voces de los participantes, sino que también contribuyen a comprender los fenómenos identificados desde múltiples subjetividades. En este sentido, el estudio permite hacer una diferenciación por segmentos de población específicos, con el fin de facilitar la estructuración y desarrollo de acciones dirigidas a superar las afectaciones de salud mental causadas por la emergencia sanitaria.

En su conjunto, el documento también implica una invitación a la reflexión individual, familiar y colectiva, acerca de los cambios impuestos por la pandemia en la vida cotidiana y el efecto de estos a corto, mediano y largo plazo, dado que el tiempo y los recursos disponibles para procesar y tramitar los pensamientos, emociones, sentimientos y comportamientos derivados de la emergencia sanitaria fueron escasos.



# 1.

## Sobre el desarrollo del estudio:

marco conceptual, metodología, limitaciones y alcance de la investigación.

### I Marco conceptual

Para cumplir con los objetivos planteados, el estudio partió de cuatro categorías conceptuales, que permitieron analizar los diversos fenómenos discutidos en la recolección de datos y que son el fundamento de los primeros cuatro capítulos. A su vez, estas categorías se desagregaron en subcategorías, sobre las cuales se profundizará en los siguientes apartados del documento.

Por otra parte, en el desarrollo del estudio surgieron una serie de hallazgos relacionados con vivencias y afectaciones diferenciales en tres grupos poblacionales: mujeres; niñas, niños y adolescentes; y personas adultas mayores, lo cual dio lugar a una quinta categoría conceptual y un quinto capítulo, que completan el análisis de resultados. A continuación, se presenta la conceptualización teórica de cada capítulo.

### Vivencias y experiencias

El reconocimiento de la pandemia por COVID-19 como un suceso histórico mundial, que trastocó la vida cotidiana de las personas, justifica la urgencia de indagar por las vivencias y experiencias que tuvieron lugar en este periodo de tiempo, para saber cómo transformaron sus maneras de ser y estar. En esta investigación se comprendió la categoría de “vivencias” como el modo en que una persona experimenta y percibe una situación determinada, tanto en términos temporales como espaciales. La noción de vivencia se relaciona con la forma en que los seres humanos se perciben a sí mismos y a su entorno, y se entiende como una experiencia subjetiva y personal (1).

Las vivencias dan cuenta de cómo las personas dan significado a lo que han vivido. Para lograrlo, hacen uso de sus recursos emocionales, su pensamiento, sus motivaciones y

los aprendizajes que han adquirido a lo largo de su vida. Estas maneras de experimentar y percibir están influenciadas por factores culturales, la historia personal y las emociones.

Por su parte, la categoría de “experiencias” se refiere a la ocurrencia de situaciones, eventos o procesos que permiten a una persona adquirir conocimientos, habilidades y valores (2). Estas pueden ser de diferentes tipos: educativas, laborales, personales, entre otras; y pueden ser narradas y documentadas para su análisis y reflexión. Las experiencias son fundamentales para el aprendizaje y desarrollo personal, en tanto permiten a las personas construir su propio conocimiento a partir de la interacción con el entorno y con otras/os (3). Además, pueden ser compartidas y transmitidas de una persona a otra, lo cual permite la construcción de una memoria colectiva y la generación de nuevas formas de conocimiento.

## Afectaciones en la salud mental

La Organización Mundial de la Salud define la salud mental como el bienestar emocional, psicológico y social de una persona (4), que influye en la forma en que esta piensa, siente y actúa, y por ello es importante en todas las etapas de la vida: desde la niñez y la adolescencia, hasta la edad adulta. Para González-Sanguino et al., la salud mental es más que la mera ausencia de trastornos mentales (5), se trata de un proceso complejo que cada persona experimenta de manera diferente, con diversos grados de dificultad, angustia y resultados sociales y clínicos.

La salud mental puede verse influenciada por antecedentes familiares de trastornos mentales y por aspectos del estilo de vida, por ejemplo: la dieta, la actividad física y el consumo de sustancias psicoactivas (6). También puede ser afectada por factores como el estrés, la ansie-

dad, la depresión, los trastornos mentales y las discapacidades psicosociales, así como la incertidumbre, el miedo y la preocupación que se experimentan al enfrentar situaciones desconocidas, de cambio o crisis (7). Estos últimos factores estuvieron presentes en el día a día de la pandemia, debido al riesgo de contraer el virus, los cambios forzosos en la rutina, el teletrabajo, el desempleo temporal, la educación en el hogar y la falta de contacto físico con los seres queridos y amigos.

## Consumo de sustancias psicoactivas

El consumo de sustancias psicoactivas es una preocupación global. Durante las últimas décadas, países de todo el mundo han experimentado un aumento importante en este consumo, ya que cada vez existe mayor disponibilidad y variedad de sustancias, y se inicia su uso a edades más tempranas. En Colombia, el consumo de sustancias psicoactivas, tanto lícitas como ilícitas, es considerado como un asunto de salud pública y bienestar de la familia, la comunidad y los individuos (Ley 1566 de 2012), y la necesidad de explorarlo en el marco de la pandemia en la ciudad de Bogotá cobra especial importancia para comprender las afectaciones que tuvo en la salud mental de la ciudadanía. Este consumo se refiere al uso de sustancias que al ser introducidas en el individuo por cualquier vía de administración (ingeridas, fumadas, inhaladas, inyectadas, entre otras), producen una alteración del funcionamiento del sistema nervioso central, la cual modifica la conciencia, el estado de ánimo o los procesos de pensamiento. Su uso puede crear consumo problemático o dependencia (8). El daño asociado al uso de sustancias psicoactivas a corto o a largo plazo depende de la interacción de un conjunto de factores, como el tipo de sustancia y la forma de consumirla;



---

las características personales, físicas y psicológicas de quien consume, y también el contexto social en que se produce el consumo.

Es importante destacar que en un individuo se pueden presentar varias condiciones de manera simultánea, por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas y al menos un trastorno mental – lo cual se conoce como patología dual (9). Según la evidencia científica, son varios los factores que determinan la presencia de esta comorbilidad que cada día es más frecuente, y resulta complejo darle manejo y seguimiento.

El *Informe Mundial de Drogas de 2022* (10), afirma que es probable que durante la pandemia hayan aumentado los hábitos nocivos de consumo de drogas, revelando que, en comparación con las generaciones anteriores, ahora hay más jóvenes que consumen drogas y hay más personas que necesitan tratamiento y no pueden obtenerlo, en particular mujeres. Sobre este último punto, el informe anota: “representan más del 40 % de las personas que consumen fármacos con fines no médicos, y casi una de cada dos personas que consumen estimulantes de tipo anfetamínico es mujer; sin embargo, de cada cinco personas que reciben tratamiento por el consumo de esos estimulantes, solo una es mujer”. Al mismo tiempo, se destaca cómo la proporción de personas con trastornos psiquiátricos y de suicidios vinculados al consumo frecuente de cannabis ha aumentado, al igual que el número de hospitalizaciones: “aproximadamente el 40 % de los países han notificado que el cannabis es la droga relacionada con el mayor número de trastornos por consumo de drogas” (10).

Dado que la pandemia por COVID-19 creó un entorno estresante y desafiante para muchas personas, no solo afectó la disponibilidad de sustancias psicoactivas, sino que motivó cambios en la forma en que las personas consumen drogas. Con esta claridad, la presente investi-

gación permite un acercamiento a las diversas dinámicas e impactos en la vida cotidiana de las y los participantes, relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas.

## I Resiliencia

La categoría de “resiliencia” se comprende como la capacidad de las personas para adaptarse positivamente a situaciones adversas y superarlas. Es un proceso dinámico que implica la interacción entre factores internos y externos, y que tiene como resultado la adaptación positiva en contextos de adversidad (11). Además, la resiliencia se enfoca en promover procesos que involucren al individuo y su ambiente social, ayudándolo a superar riesgos y a tener una mejor calidad de vida.

La resiliencia no es un estado adquirido e inmutable, sino un proceso de desarrollo humano que permite a las personas enfrentar situaciones adversas y salir fortalecidas de ellas (12); así mismo, se ha caracterizado como un conjunto de procesos sociales e intrapsíquicos, que posibilitan tener una vida sana en contextos de adversidad. En relación con esta categoría, el estudio reconoce que la pandemia por COVID-19 generó un contexto de adversidad, que puso a prueba la resiliencia de las personas y sus estrategias de afrontamiento individuales y colectivas.



## Colectivos más vulnerables

Se entiende que los colectivos vulnerables son las poblaciones cuya autonomía, dignidad o integridad pueden ser amenazadas por factores o eventos determinados, es decir, aquellas personas que debido a sus condiciones como individuos, y las condiciones del medio en que viven (ambientales, sociales o de otro tipo), son más susceptibles al daño.

Específicamente en relación con la pandemia, todos los niveles de la sociedad se vieron afectados, pero la intensidad de sus repercusiones varió entre los distintos grupos poblacionales. Como sugieren Lustig y Tommasi (13):

La pandemia empobrece aún más a los pobres y exacerba la desigualdad. Los trabajadores del sector informal se ven gravemente afectados por las medidas de confinamiento. Los pobres y vulnerables son los más afectados porque sus condiciones de vida y oportunidades futuras se ven amenazadas por las perturbaciones económicas y otros efectos negativos de la pandemia.

En general, a medida que el virus fue expandiéndose, aquellas poblaciones que ya contaban con ciertas “desventajas” por su condición diferencial, fueron las más afectadas como resultado del confinamiento. En este orden de ideas, la categoría “colectivos más vulnerables” surgió como resultado de la identificación de afectaciones diferenciales de la pandemia en la salud mental de mujeres, niños, niñas, adolescentes y personas mayores; y dio origen al quinto capítulo del estudio.

## Metodología

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

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

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

## Diseño metodológico de la investigación

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

Se centra en las interpretaciones de fenómenos sociales como herramientas, obras artísticas, declaraciones personales y en particular acciones de los seres humanos en entornos sociales (...) y tiene como finalidad el descubrimiento del significado de las cosas, mediante la interpretación correcta de los términos, escritos, textos, gestos y, de forma general, el comportamiento del ser humano (14).

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

Así mismo, las características generales de este componente cualitativo tuvieron las siguientes consideraciones:

- ▶ Flexibilidad en el análisis de acuerdo con los hallazgos que surgían a partir de la recolección de la información.

- ▶ Énfasis en la comprensión del fenómeno, dado que la investigación no buscó hacer ningún tipo de predicción sobre la salud mental de las personas residentes en Bogotá.

- ▶ La investigación contó con instrumentos de investigación probados en una fase piloto y validados para la fase de implementación.

- ▶ El análisis de los datos se realizó de manera continua y a lo largo de todo el proceso.

## Población objetivo

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

1. Docentes, educadoras preescolares y cuidadoras de niñas/os menores de 6 años
2. Docentes y educadoras/es de niños, niñas y adolescentes entre 7 y 17 años

### 3. Personal de la salud

- a) Personal de enfermería, personal médico y terapeutas (incluidas/os quienes brindan atención domiciliaria)
- b) Personal médico y de enfermería en unidades de cuidados intensivos (UCI)
- c) Personal médico y de enfermería en urgencias
- d) Personal auxiliar: conductoras/es de ambulancia, camilleras/os y personal de servicios generales en instalaciones de servicios médicos
- e) Personal de atención en salud mental: psicólogas/os, psiquiatras, trabajadoras/es sociales (incluidas/os quienes brindan atención domiciliaria)
- f) Profesionales de las líneas gratuitas de atención en salud mental -en teletrabajo- (Línea 106, Línea Púrpura, Línea Psicoactiva, Línea Diversa, Línea Calma, Una llamada de vida, Línea Sergio Urrego, Línea 123)

### 4. Conductoras/es y vendedoras/es informales que trabajan en el espacio público

### 5. Personal de atención al público en establecimientos cerrados: oficinistas, empleados de almacenes y personal en puntos de atención a la ciudadanía

### 6. Personal de atención en hogares de paso -comunidades de apoyo

### 7. Trabajadoras/es de oficina, teletrabajo, independientes y personas que se dedican al cuidado del hogar (quienes no atienden público)

### 8. Personas desempleadas

### 9. Adolescentes escolarizadas/os

### 10. Estudiantes universitarias/os

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

#### I **Criterios de inclusión**

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

- ▶ Ser residente de la ciudad de Bogotá (área urbana o rural) y haber vivido en la ciudad durante la pandemia de COVID-19.
- ▶ Las condiciones para pertenecer a los diferentes grupos de referencia (personal de salud, docentes, estudiantes, etc.) debían estar vigentes durante el periodo de mayor criticidad de la pandemia (6 de marzo de 2020–31 de agosto de 2021).
- ▶ Para el grupo de adolescentes y jóvenes: haber nacido entre el año 2003 y 2008.

- ▶ Para el grupo de estudiantes universitarios: haber cursado algún semestre de una carrera universitaria o técnica durante el periodo de mayor criticidad de la pandemia.
- ▶ Para el grupo de personas desempleadas: en este grupo participaron quienes perdieron el empleo durante el periodo crítico de la pandemia y quienes ya estaban desempleadas/os cuando comenzó la pandemia.

### I Criterios de exclusión

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

- ▶ Personas en situación de habitabilidad en calle.
- ▶ Personas que al momento de la entrevista se encontraban en algún estado alterado de conciencia.
- ▶ Personas que no deseaban participar o no firmaron el consentimiento y/o asentimiento informado.
- ▶ Personas que no se encontraban en los rangos de edad o grupos de referencia definidos para el estudio.
- ▶ Personas que no residían en Bogotá ni vivieron en la ciudad durante la pandemia de COVID-19.

### Aspectos éticos del estudio

Esta dimensión del estudio se enmarcó en las *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos* (15), elaboradas por el Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS), en colaboración con

la Organización Mundial de la Salud (OMS); y se corroboró su pleno cumplimiento en todas las fases de la investigación. Entre los principios que guiaron el proceso de recolección, sistematización y análisis de la información, se encuentran los siguientes:

- ▶ **Respeto por las y los participantes:** el equipo investigador se aseguró de que las y los participantes del estudio fuesen tratadas/os con respeto y dignidad, lo cual implicó obtener su consentimiento informado antes de la participación en los grupos focales o entrevistas a profundidad, proteger su privacidad y confidencialidad, y evitar cualquier forma de explotación o daño (16). Para la población menor de 18 años se diseñó y aplicó un asentimiento informado, que complementó el consentimiento firmado por sus padres, madres o representante legal, para autorizar su participación en el estudio.
- ▶ **Integridad científica:** el estudio se desarrolló de manera científicamente rigurosa y objetiva, lo que implicó evitar cualquier forma de sesgo o manipulación de los datos, junto con la transparencia en la presentación de los resultados.
- ▶ **Responsabilidad social:** se reconoció el impacto social del estudio y se aseguró que no causara daño a las y los participantes o a la sociedad en general. Esto implicó considerar cuidadosamente los posibles riesgos y beneficios del estudio, y tomar medidas para minimizar cualquier daño potencial (17).
- ▶ **Pluralismo:** se reconoció, respetó y promovió la diversidad de perspectivas y valores de las personas participantes en la investigación. En todas las fases, el equipo investigador demostró sensibilidad a las diferencias culturales y sociales, y evitó cualquier forma de discriminación o exclusión.

- ▶ **Confidencialidad:** se protegió la privacidad de las y los participantes, y se mantuvo la confidencialidad de la información obtenida durante la investigación. Para lograrlo, se tomaron medidas de almacenamiento y manejo seguro de los datos, y se evitó cualquier forma de divulgación no autorizada por las y los participantes (18).
- ▶ **Transparencia:** se garantizó la transparencia desde el planteamiento de la investigación hasta la presentación de los resultados, y se aseguró que las y los participantes comprendieran los objetivos y el alcance del estudio. Para lograrlo, se proporcionó información clara y precisa sobre los métodos utilizados, y los resultados y conclusiones obtenidos.
- ▶ **Equidad:** se brindó un trato justo y equitativo a todas y todos los participantes, sin discriminación de género, etnia, orientación sexual, religión u otras características personales. Esto implicó evitar cualquier prejuicio y tomar medidas para garantizar que las y los participantes tuvieran igualdad de oportunidades para aportar a la investigación (19).
- ▶ **Responsabilidad profesional:** se cumplió con los estándares éticos y profesionales establecidos por las disciplinas de los miembros del equipo investigador, y por las instituciones que financiaron y supervisaron el estudio. Para ello se evitó cualquier forma de conflicto de interés.

## I Fase de alistamiento

Para la preparación de la fase de recolección de información se construyó una base de datos de actores, instituciones, organizaciones y entidades relevantes; según los grupos de referencia establecidos. Esta base de datos se expandió con contactos de UNODC, el equipo investigador y los propios participantes.

Para cada grupo focal y entrevista a profundidad fue necesario concertar la participación, la fecha y el lugar, con al menos dos semanas de anterioridad, por medio de invitación formal (medio impreso o correo electrónico) o por vía telefónica, así como brindar información clara y oportuna a cada persona.

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

## Fase de recolección de información

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

La técnica de grupos focales se seleccionó teniendo en cuenta que permite analizar y comprender actitudes, conocimientos y prácticas socialmente construidas o mantenidas por una comunidad particular, ya que a partir de una discusión grupal entre 6 a 12 personas, guiada por un/a moderador/a, se exponen conocimientos y opiniones sobre diversos temas (20). Además “la presencia de otras personas, consideradas como semejantes, puede ofrecer la oportunidad de estimular la generación de ideas y de observar la interacción entre los individuos” (21). Lo anterior fue particularmente destacable, considerando que hablar de salud mental o consumo de sustancias psicoactivas puede generar resistencia por el estigma, los



---

mitos y la discriminación hacia las personas que padecen o han padecido algún trastorno de salud mental o del comportamiento.

Por otra parte, se decidió realizar entrevistas a profundidad de carácter semiestructurado, dado que permiten recabar “información sobre acontecimientos y aspectos subjetivos de las personas: creencias y actitudes, opiniones, valores sentimientos, ideas, etc.; que de otra manera no estaría al alcance” (22).

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

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

Por otra parte, en los grupos focales se propició la comprensión y la empatía, y se generó apoyo y validación entre las y los participantes, influyendo de manera positiva en la contención emocional a nivel colectivo. Como resultado de este enfoque, ninguna persona tuvo que abandonar el espacio por malestares emocionales o físicos, y por el contrario, se recibieron ma-

nifestaciones de agradecimiento por brindar un espacio para recordar, reflexionar, compartir, pensar y escuchar diversas experiencias relacionadas con la pandemia.

## **Fase de análisis de la información**

A medida que avanzó el proceso de recolección de información también se realizó la sistematización, a partir de las transcripciones realizadas por el equipo investigador, las cuales conservaron fidelidad a los relatos y fueron los insumos principales del análisis.

Durante el análisis se realizó la triangulación de la información en constante diálogo con el marco conceptual desde un enfoque inductivo, identificando patrones, tendencias y temas emergentes en las experiencias y percepciones de las y los participantes. Esto implicó un análisis de doble vía sobre los datos, en el que surgieron y se plantearon nuevas preguntas, que delimitaron y clarificaron los hallazgos conforme avanzaba el estudio.

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

Como producto de este ejercicio se consolidaron cinco capítulos de resultados, que coinciden con las categorías de análisis propuestas inicialmente y con una categoría que emergió en el proceso: Vivencias y experiencias; Afec-

taciones en la salud mental; Consumo de sustancias psicoactivas; Resiliencia y Colectivos más vulnerables.

## Limitaciones y alcance de la investigación

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

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

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

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

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

## ► Referencias

1. Paulín G, Orta J, Siade G. La vivencia y su análisis: consideraciones breves sobre las nociones objeto-sujeto en el universo discursivo del mundo cultural. *RMCPYS* [Internet]. 18 de septiembre de 2013 [citado 3 de octubre de 2023];51(205). Disponible en: <http://www.revistas.unam.mx/index.php/rmcpys/article/view/41085>
2. Murillo Arango GJ, editor. *Narrativas de experiencia en educación y pedagogía de la memoria*. Ciudad Autónoma de Buenos Aires, República Argentina: Universidad de Buenos Aires, eFFL; 2015. 435 p. (Narrativas, autobiografías y educación).
3. Calvente S. La experiencia en la concepción del conocimiento de David Hume: Niveles personales y sociales, sentidos y funciones. [Internet] [Doctor en Filosofía]. Universidad Nacional de La Plata; 2017 [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/59567>
4. Organización Mundial de la Salud. *Salud mental: fortalecer nuestra respuesta*. [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
5. González-Sanguino C, Ausín B, Castellanos MÁ, Saiz J, López-Gómez A, Ugidos C, et al. Mental health consequences during the initial stage of the 2020 Coronavirus pandemic (COVID-19) in Spain. *Brain Behav Immun*. Julio de 2020; 87:172-6.
6. National Institute of Mental Health. National Institute of Mental Health (NIMH). [citado 3 de octubre de 2023]. El cuidado de su salud mental. Disponible en: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/espanol/el-cuidado-de-su-salud-mental/el-cuidado-de-su-salud-mental>
7. Katharine Lang. *Salud mental y pandemia: Problemas y soluciones* [Internet]. 2022 [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.medicalnewstoday.com/articles/es/salud-mental-y-la-pandemia>
8. Organización Panamericana de la Salud. *Abuso de sustancias* [Internet]. [citado 3 de octubre de 2023]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/temas/abuso-sustancias>
9. Ministerio de salud. *Boletín de salud mental Patología dual en Colombia* [Internet]. Bogotá; 2028 sep. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin7-salud-mental-patologia-dual-versionf.pdf>
10. Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC). *Informe mundial sobre las drogas 2022* [Internet]. 2022. Disponible en: [https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22\\_Booklet\\_1\\_spanish.pdf](https://www.unodc.org/res/wdr2022/MS/WDR22_Booklet_1_spanish.pdf)
11. Ana María Rodríguez Piaggio. *Resiliencia*. *Revista Psicopedagogía*. 2009;26(80):291-302.
12. Juan Uriarte Arciniega. *La resiliencia. Una nueva perspectiva en psicopatología del desarrollo*. *Revista de psicodidáctica*. 2005;10(2):61-79.
13. *El COVID-19 y la protección social de los grupos pobres y vulnerables en América Latina: un marco conceptual* [Internet]. Cepal; 2022. Disponible en: [https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46836/RVE132\\_Lustig.pdf](https://www.cepal.org/sites/default/files/publication/files/46836/RVE132_Lustig.pdf)
14. Páramo Reales D, Campo Sierra SJ, Maestre Matos LM. *Métodos de investigación cualitativa. Fundamentos y aplicaciones*. [Internet]. Universidad del Magdalena; 2020 [citado 3 de noviembre de 2023]. Disponible en: <https://editorial.unimagdalena.edu.co/Editorial/Publicacion/4155>
15. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) y Consejo de Organizaciones Internacionales de las Ciencias Médicas (CIOMS). *Pautas éticas internacionales para la investigación relacionada con la salud con seres humanos*. Cuarta Edición. Ginebra: CIOMS, 2017. Ginebra; 2017. (Cuarta Edición).



- 
16. Ávila MG. Aspectos éticos de la investigación cualitativa. 2002.
  17. Parra Domínguez ML, Briceño Rodríguez II. Aspectos éticos en la investigación cualitativa. *Investigación en enfermería*. 31 de diciembre de 2013;12(3):118-21.
  18. Álvarez CAM. Metodología de la investigación cuantitativa y cualitativa. Guía didáctica.
  19. Lankshear C, Knobel M. Problemas asociados con la metodología de la investigación cualitativa. *Perfiles educativos*. 2000;22(87):6-27.
  20. Bonilla-Castro E, Rodríguez Sehk P. Más allá del dilema de los métodos. *La investigación en ciencias sociales*. Grupo Norma. Universidad de los Andes.; 2013. 421 p.
  21. García Calvente E MM, Mateo Rodríguez I. El grupo focal como técnica de investigación cualitativa en salud: diseño y puesta en práctica. *Atención Primaria*. 2000;25(3):181-6.
  22. Sánchez Fontalvo IM, González Monroy LA, Esmeral Ariza SJ. Metodologías cualitativas en la investigación educativa. [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.jstor.org/stable/j.ctv1m0khzr>



2.

Resultados

# Capítulo 1.

Vivencias y experiencias del periodo  
de mayor criticidad de la pandemia





## | 1.1. Introducción

La emergencia sanitaria, derivada de la pandemia de COVID-19, transformó la vida cotidiana y las dinámicas de relacionamiento de las personas y familias durante el periodo de confinamiento obligatorio, con un impacto que aún no se termina de comprender y que, en muchos casos, se mantiene actualmente. El ejercicio de indagación, escucha y análisis de los relatos de las y los participantes del presente estudio permite presentar, a lo largo del primer capítulo, los hallazgos en relación con la categoría “vivencias y experiencias del periodo de mayor criticidad de la pandemia”, y de esta forma entender cómo las experiencias comunes fueron elaboradas individual y colectivamente, con matices diferenciados para las y los participantes.

Por lo tanto, el capítulo se estructura a partir de siete experiencias y vivencias comunes identificadas en el estudio, a saber:

- ▶ La experiencia asociada con las **variaciones en las condiciones económicas** en los hogares, producto del confinamiento obligatorio y demás medidas de prevención del contagio de COVID-19.
- ▶ Las complejidades que implicó la experiencia de confinamiento obligatorio en las **dinámicas familiares**, que fueron vividas en profundos contrastes de acuerdo con la funcionalidad de estas.
- ▶ La experiencia del **distanciamiento social, aislamiento y confinamiento obligatorio**, dado que las medidas de no salir de casa, los protocolos de limpieza y desinfección, la reorganización del dominio habitacional, el aislamiento y la posterior reapertura al espacio social, jugaron un papel relevante para comprender las dinámicas de la pandemia.

- ▶ La experiencia de la **educación en la virtualidad**, cuya vivencia estuvo marcada por desafíos en términos de adaptación tecnológica, pedagógica y de socialización para las y los agentes involucrados: estudiantes, familiares y docentes.
- ▶ Las experiencias vinculadas con la **atención en salud**, en términos de los desafíos profesionales, la toma de decisiones en condiciones críticas y el ejercicio simultáneo de conocer y curar el COVID-19 en medio del temor, la incertidumbre, el desconocimiento y los mitos sobre la enfermedad.
- ▶ Las vivencias asociadas a la **muerte, la pérdida y el duelo**, las cuales estuvieron definidas por la percepción sobre la vida y la muerte, las emociones asociadas a la pérdida de seres queridos, y las transformaciones que la pandemia impuso en los rituales de despedida y los procesos de duelo.
- ▶ Finalmente, las vivencias asociadas a la **habitabilidad** durante la pandemia en espacios públicos, privados, urbanos y rurales; dando cuenta de las reacomodaciones y adecuaciones en casas, apartamentos, conjuntos residenciales, barrios, calles y veredas, las cuales fueron necesarias para afrontar la coyuntura social y económica generada por el confinamiento y el distanciamiento social.

## ▶ 1.2. Variación en las condiciones económicas durante la pandemia



Una de las principales dimensiones en las que se hizo hincapié en las narraciones de los grupos focales y entrevistas fue la económica, que se vivió de manera diferenciada en las y los participantes del estudio. Para comenzar este análisis, es necesario retomar conceptos clave relativos al dominio económico en la vida de

las personas: la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe el **dominio económico** como uno de los determinantes sociales de la salud, entendiendo que la distribución de los recursos económicos, el poder y el dinero a nivel global, nacional y local, influyen en las diferentes etapas de la vida de las personas, desde su nacimiento hasta su vejez. De hecho, en las últimas décadas, se ha observado un creciente interés en relacionar las condiciones materiales y su impacto en la salud mental (1).

Por su parte, la Comisión Lancet de Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible incluye el dominio económico en los determinantes sociales de la salud mental, ya que este comprende factores como: ingresos, seguridad alimentaria, empleo, desigualdad de ingresos, tensión financiera y privaciones relativas. Además, la comisión establece que:

Una situación económica precaria se encuentra asociada con una variedad de resultados adversos para la salud mental como trastornos mentales comunes, psicosis, y suicidio. De esta manera, la adversidad económica ejerce influencia a lo largo de la vida de las personas. Por ejemplo, la pobreza económica afecta negativamente en el neurodesarrollo y la salud mental de niños y niñas; de igual forma, quienes están en posiciones socioeconómicas más bajas tienen un mayor riesgo de enfermedad mental, esto particularmente en la edad adulta (1).

El dominio económico también se asocia a conceptos como el de pobreza absoluta, que se refiere a “estar por debajo de un umbral mínimo para la supervivencia, entendiéndose ésta como la capacidad de comprar comida y todos los bienes necesarios para satisfacer las necesidades físicas básicas” (2), y la pobreza relativa o privación social que “se refiere a no estar en las mismas condiciones que los otros” (2).

---

En ese sentido, el concepto de pobreza relativa proviene del enfoque de privación relativa propuesto por Paul Townsend, que resulta clave para entender las vivencias relacionadas con la variación de las condiciones económicas durante la pandemia, en tanto desmiente la idea de que la pobreza se mide solamente por la “mera eficiencia física” o por las necesidades alimentarias. Townsend (3) propone que la pobreza también se mide por el bienestar psicológico y las condiciones sociales, en la medida en que el ser humano “es un animal social envuelto en una red de relaciones –en el trabajo, la familia y la comunidad– que ejerce presiones complejas y cambiantes a las que debe responder”.

Al analizar los relatos de las y los participantes se encontró que sus condiciones económicas reflejan una marcada diferencia en la forma en que vivieron la pandemia. De manera general, es posible clasificar la experiencia de variación en las condiciones económicas en tres grupos: el primero comprende los hogares con experiencia de pobreza absoluta por reducción de ingresos, como consecuencia de la imposibilidad de desarrollar actividades económicas informales por las prohibiciones del confinamiento obligatorio, las pérdidas de empleo o la quiebra de empresas; el segundo grupo corresponde a las familias que redujeron sus ingresos, y esto provocó modificaciones en su calidad de vida sin que sus necesidades básicas estuvieran en riesgo, es decir, sufrieron privaciones relativas; y el tercer grupo hace referencia a los hogares que tuvieron una variación positiva, ya que sus ingresos se incrementaron y sus gastos disminuyeron como resultado de las dinámicas y necesidades actualizadas, por ejemplo, el teletrabajo.

En este contexto, se torna relevante comprender las potenciales repercusiones en la salud mental asociadas a la variación en los ingresos y las condiciones de empleabilidad. Por

ejemplo, las personas que ejercían el trabajo informal y enfrentaron restricciones para trabajar en el espacio público tuvieron experiencias que desencadenaron situaciones de malestar y respuestas emocionales como la angustia, el enojo, la impotencia, la frustración y el miedo. Al respecto, una vendedora informal recordó:

[...] es cierto lo que vivimos todos, porque es triste y lamentable... lo que vivimos fue una cosa cruel. Por salir a trabajar en pandemia tengo dos comparendos, uno que fue en la entrada de Abastos, porque en ese tiempo yo vendía lichégo, y por entrar a buscar mercancías o mercado para trabajar me gané un comparendo. Entonces es triste y lamentable que usted tenga que salir a buscar un sustento, y que antes tenga que pagarle al Distrito o al Gobierno, por usted salir a buscar un bocado de comida (4).

La narrativa expuesta sugiere que, en algunos casos, la pandemia produjo una agudización de la marginación y precarización laboral de las personas vinculadas a las economías informales. Hay relatos donde se referencia angustia, frustración, preocupación y resignación, por no tener dinero para cubrir necesidades básicas, como alimentación, vivienda y servicios públicos. Un ejemplo de ello son estos casos de trabajadoras del espacio público:

Mi mamá a veces salía y se iba para un supermercado, y ella intentaba vender sus obleas. La Policía llegaba y la sacaban, la correteaban, y pues mi mamá llegaba afanada, porque obviamente había gente que compraba y había gente que le daba miedo, “no gracias” [le decían]. Entonces mi mamá llegaba frustrada, triste, preocupada, y uno de ver a la mamá así pues también... Ese es el tema económico, el no poder trabajar, el no poder salir, frustra, preocupa, estresa (5).

---

Ellos vieron que toca comer menos. “Toca de a un pancito papá”, [su hijo respondía] “pero si tengo hambre”. Iba y se comía lo que hubiera, y uno: “uy, juemadre, de dónde voy a sacar más si hice una libra de arroz para dos personas, e hice una librita de pasta, y se comió todo”. Decía: “huevos, no me importa nada, que haya arroz y lenteja, arroz y lo que sea” (4).

En este sentido, varias de las personas que participaron en el grupo focal de trabajadoras y trabajadores del espacio público, reportaron casos de violencia policial en contra de personas que intentaron trabajar en las calles durante el confinamiento obligatorio. De acuerdo con los participantes, no hubo distinción en el trato por parte de la Policía, aunque estuvieran presentes niñas, niños o adultos mayores.

Soy madre cabeza de hogar, no tengo más familia que mi hija, no me podía quedar encerrada. Y salí a pelear con la Policía: nos agredían, nos perseguían, salíamos por acá y nos llegaban por acá. Nos echaban la moto encima, no les importaba que fueran mujeres, ¡eh!, nos golpeaban. A raíz de eso fue que nació el liderazgo y mi participación en el Concejo y en la localidad (4).

Este testimonio ilustra la vivencia de marginación, en tanto quienes padecieron esta violencia eran grupos de personas socialmente excluidas a causa de la desigualdad en la distribución de ingresos. Estas personas quedaron expuestas a lógicas de supervivencia que además propiciaron su estigmatización, en la medida en que la actividad económica informal que desarrollaban infringía las restricciones sanitarias que evitaban la propagación del COVID-19.

Para el caso de las personas en habitabilidad de calle, se identificaron narrativas que sugieren que la población recibió un trato si-

milar, como se narra en el siguiente relato de una trabajadora del espacio público:

A mí me dolía ver cómo la Policía cogía a esa gente y los golpeaba, son gente que no tienen una vivienda, no tienen un apoyo familiar; y la Policía llegaba los agredía, les pegaba, los quitaba del andén, los quitaba de parque, y esa gente simplemente estaba buscando qué comer. Entonces, si a esa gente nadie les daba un plato de comida, ¿qué van a hacer?, llegar a pedir a cualquiera, a robar a cualquiera, porque necesitan; y no había restaurantes abiertos, así como el corrientazo, que es el que les regala la sopita (4).

Por su parte, niñas, niños y adolescentes también se vieron afectados en su salud mental por cuenta de las variaciones económicas que vivieron sus padres o familiares. La convivencia cotidiana aumentó su conocimiento de circunstancias adversas para sus madres, padres y cuidadores, como la búsqueda de recursos para el pago de arriendo y de alimentación. Algunos niños, niñas y adolescentes empezaron a ver estas preocupaciones como propias, sintiendo frustración al no poder aportar económicamente a sus hogares, con emociones asociadas como el miedo y la angustia; por ejemplo, una adolescente indicó, que optó por guardar sus sentimientos para no añadir una carga adicional a su familia:

Y pues ella decía: “sí, sí yo me enfermo, ¿quién va a trabajar? ¿quién va, pues, a traer la comida?” Entonces sí, se venía todo abajo, ese miedo, entonces, ese estrés que ella sentía y verla de esa manera, como que me lo transmitía. Y... pero yo nunca se lo demostraba, porque sabía que ya ella tenía suficiente estrés. Entonces era como: “no voy a mostrarle que yo también me siento así, porque sé que lo va a sentir como algo más, que la va a hacer sentirse mal”.



---

Entonces era eso, como de guardarse todas estas cosas nuevas que yo iba sintiendo, como el empezar a preocuparme por si a final de mes el arriendo estaba completo, empezar a preocuparme por ver cómo se iba acabando el mercado y aún no había quincena, eh, empezar a preocuparme por todo menos por mí misma (6).

También es de destacar que en las vivencias y experiencias que reconocen la variable económica también se destacan las diversas formas y estrategias para conseguir recursos, lo que popularmente se conoce como el “rebusque”; y se refleja en actividades como el arreglo de uñas; el reciclaje; la venta de tapabocas, alcohol y gel antibacterial, entre otras actividades que se convirtieron en alternativas para conseguir ingresos.

En el segundo grupo están las familias que vivieron reajustes económicos sin llegar a comprometer sus necesidades básicas. Como se mencionó previamente, estos hogares sufrieron privaciones relativas, dado que sus condiciones económicas antes de la pandemia les permitían vivir respondiendo a las necesidades materiales, mentales, sociales y culturales; pero se afectaron por cuenta del desempleo, la suspensión de contratos o actividades comerciales. En estas situaciones también presentaron impactos negativos en la salud mental, como se evidencia en el relato de una enfermera de una entidad privada:

Mi esposo es abogado, trabajaba independiente. Cerraron juzgados, cerraron notarías; no teníamos ingresos de parte de él, solamente era mi ingreso. Entonces nos veíamos super colgados, super colgados y... tocó que poner el internet, que era un gasto más para poder trabajar desde la casa. Entonces tomamos la decisión de regresarnos a donde mi suegra: eso implicaba vender la sala, el comedor, la nevera, la lavadora; vender todo

lo que habíamos logrado en ocho años, en siete años de matrimonio que teníamos en ese momento, e irnos a meter a dos habitaciones (7).

A la carga emocional que implicó la experiencia en la variación de los ingresos económicos, se sumó el aumento en el tiempo de convivencia familiar. Gran parte de los casos en los que coincidieron condiciones de privación económica y problemas familiares de comunicación o violencia, resultaron en el incremento de los niveles de estrés de uno o varios miembros de la familia. Sin embargo, se encontraron experiencias de familias en contextos de bajos recursos que pusieron en marcha herramientas de manejo emocional, con las que afrontaron las situaciones cotidianas, incluido el confinamiento.

Por su parte, en el tercer grupo, que corresponde a las familias que no percibieron afectaciones económicas porque sus fuentes de ingresos se mantuvieron estables, la percepción del confinamiento y el trabajo en casa fue positiva. Esto se aprecia en el relato de una profesional de atención psicosocial:

Para mí la pandemia a nivel personal fue maravillosa, porque, eh... como que pude estar muy cómoda en mi casa...trabajar desde lo virtual, [...] como que [al] estar en mi casa me sentía muy cómoda. Entonces eso fue como muy bonito, o sea, no extrañaba el Transmilenio, las apretujadas, el estrés. Como que sentí que optimicé más el tiempo: que el tiempo que me gasto generalmente de mi casa a la universidad, era un tiempo en el que podía estar más tranquila para dedicarlo a otras cosas; entonces siento que, en ese sentido, mi calidad de vida la mejoró” (8).

De igual forma, en el grupo de personas vinculadas al sector educativo se encontró que algunos docentes vivieron la pandemia con cierto nivel de tranquilidad y seguridad, dado



el ingreso estable del que gozaron. Se entiende entonces que la estabilidad económica es un factor que influye directamente en el bienestar de las personas, como lo evidenciaron los siguientes relatos de profesionales de atención en las líneas de orientación y escucha del Distrito:

Digamos que eso para mí fue un momento que benefició, digamos que, mi salud mental. A pesar de la dificultad, yo estaba tranquila en mi casa, porque estaba trabajando y no tenía miedo de salir [a] contaminarme; pero aun así era escuchar todos los casos... y yo estaba viviéndolo, entonces era como ponerme al otro lado y decir: «yo entiendo lo que estás pasando», y es un poco ser empática con la otra persona (9).

Siempre me he considerado muy afortunada en el trabajo que tengo, entonces otra cosa buena: ahora virtual, pero seguir trabajando, o sea, ¿uno que más le podía pedir a la vida en ese momento? (9).

No obstante, aun cuando existe estabilidad económica en algunas de las narrativas, las condiciones de confinamiento desencadenaron experiencias que no estaban en el orden del bienestar. Ejemplos de ello fueron la sobrecarga y el acoso laboral; el síndrome de desgaste profesional; los trastornos de ansiedad vinculados a la dificultad para diferenciar el horario laboral del personal; así como el trabajo en las noches y los fines de semana, por la exigencia propia y de los jefes de estar en disposición permanente. Estas experiencias se evidenciaron en relatos de docentes y personal de la salud, los cuales serán desarrollados a profundidad en el capítulo de **salud mental**.

Por otro lado, a partir de la información recolectada es posible afirmar que la mayoría de las personas que participaron en el estudio conocían cuáles eran los grupos poblacionales

con mayor afectación económica en la ciudad y el impacto de esta situación en la dimensión emocional. En este sentido, las personas que no tuvieron una afectación económica significativa no fueron indiferentes a la realidad de pobreza, y desde sus condiciones y posibilidades buscaron brindar algún tipo de apoyo a otras familias que atravesaban dificultades. Muestra de ello son las expresiones de solidaridad económica que se evidenciaron en varios grupos de referencia:

▶ En la localidad de Ciudad Bolívar, mujeres amas de casa preparaban sopa para compartir con sus vecinas y vecinos.

▶ En la localidad de Kennedy, varias mujeres impulsaron a sus amigas para comenzar emprendimientos, animándolas con ideas y prestándoles dinero para la compra inicial de mercancía.

▶ En diversos lugares de la ciudad, las iglesias entregaron ayudas económicas; las y los médicos epidemiólogos desarrollaron actividades de recaudación de fondos para distribuir mercados a trabajadores informales, y algunos estudiantes desarrollaron canales para realizar donaciones.

▶ Una organización de acompañamiento psicosocial entregó mercados en varias localidades a las familias que pusieron telas rojas en sus ventanas como señal de que necesitaban ayuda; posteriormente, esta organización promovió actividades de generación de ingresos entre las familias beneficiarias.

En síntesis, estas acciones de refuerzo de las redes de apoyo y ayuda mutua son valoradas de forma positiva, como una reafirmación de la solidaridad. Tal como se observa en las narraciones de un funcionario de gestión del riesgo

en emergencias y desastres, y una enfermera de atención en salud mental:

Otra cosa positiva, el sentido de solidaridad social que se reafirmó. Entonces, hombre, si a ti te dieron 100, tú puedes repartir 50. Mucha gente que tenía medios repartía comida entre su familia. Como a la gente le pagaban, pero no tenían cómo gastársela, ¿en qué se la gastaba? No había nada, entonces mucha gente ahorró, y en esa acción de ahorrar, se daban donaciones (9).

Para mi hijo fue muy duro, para nosotros fue muy duro el tema económico, la iglesia nos ayudó con mercados, amigos de la iglesia nos ayudaron también económicamente: “no, mira, una ofrenda para ustedes porque sabemos que está difícil”.

El dueño de la casa cuando hablamos con él y le dijimos:

– Nos vamos, vamos a dejar el apartamento.

–No, ¿cómo se van a ir?, ¿cuánto van a pagar donde su suegra?

–500.000 pesos.

– Denme 500.000 pesos y se quedan acá.

Y el sector donde yo vivo el arriendo es muy costoso, es muy costoso; y no, ellos nos dejaron el arriendo baratísimo para que [nos] quedáramos ahí” (7).

En suma, al analizar la experiencia de variación de las condiciones económicas en la pandemia, se evidenciaron condiciones de pobreza absoluta, privaciones relativas y falta de oportunidades para la población residente en Bogotá; pero también se identificaron actos de solidaridad y redes de apoyo, que permitieron que muchas familias cubrieran sus necesida-

des básicas en los momentos más difíciles del confinamiento obligatorio.



### ▶ 1.3. Compartir en familia: ¿oportunidad o amenaza?

La información recolectada en el estudio permite afirmar que las vivencias asociadas a las dinámicas familiares estuvieron determinadas en gran proporción por la funcionalidad de las familias. En tal sentido, se evidenciaron contrastes en las dinámicas: por un lado, se reportaron experiencias de familias que descubrieron en el confinamiento una oportunidad de encuentro y de disfrute conjunto en torno a actividades culturales o de entretenimiento; por otro lado, se compartieron relatos de participantes para quienes las dinámicas familiares contribuyeron a acentuar cargas emocionales negativas. Ante estos hallazgos, el análisis de la subcategoría de entorno familiar considera los siguientes principios planteados por Herrera Santí, y López et al.:

[...] una familia con un funcionamiento adecuado, o familia funcional, puede promover el desarrollo integral de sus miembros y lograr el mantenimiento de estados de salud favorables en éstas. Así como también una familia disfuncional o con un funcionamiento inadecuado, debe ser considerada como factor de riesgo, al propiciar la aparición de síntomas y enfermedades en sus miembros (10).

[...] el impacto de un evento vital estresante en una familia servirá como punto de partida en el estudio de la función familiar. Una familia que se nutre mantiene el equilibrio al utilizar sus recursos intrínsecos para satisfacer las necesidades cotidianas de sus miembros. Sin embargo, los eventos vitales estresantes promueven un desequilibrio que requiere una respuesta de afrontamiento por

---

parte de los miembros de la familia. Es en esos momentos cuando los recursos familiares se ponen a prueba (11).

De tal forma, la pandemia se convierte en un escenario adecuado para analizar si las familias residentes en Bogotá, representadas por los grupos de referencia convocados, contaron con los recursos suficientes para afrontar los eventos estresantes que se presentaron, o si por el contrario, la ausencia de esos recursos implicó el surgimiento o aumento de problemas emocionales y afectaciones de los vínculos entre sus integrantes.

El confinamiento trajo el desafío de ejercer de forma simultánea, en tiempo y espacio, algunos roles y actividades que en la normalidad están delimitados o separados: las personas tuvieron que desempeñarse, las 24 horas del día, como integrantes de la familia en el entorno presencial; y como trabajadoras, trabajadores o estudiantes en el entorno virtual. La duplicidad de roles implicó un aumento en las demandas físicas y mentales para las personas, destacando el grupo de personas cuidadoras a cargo de hijas/os o de adultas/os mayores. Por ejemplo, las y los docentes debían ser madres, padres, personas cuidadoras, atender las necesidades de sus hijas e hijos en casa y simultáneamente hacerse cargo de sus responsabilidades laborales como docentes, tal como lo refiere el siguiente relato de una orientadora escolar:

Pero, al tiempo que está en una pantalla trabajando con los niños, ¿qué pasaba también en su casa? Estaba [con] su esposo, o sus papás, o sus hijos, también atendiendo una casa; entonces se unían dos cosas. Era tener que dar respuesta al trabajo, obvio con unos niños que son menores de edad, responder a unas exigencias, a unas expectativas también; y responder a lo que está pasando en su casa, atender a sus propios hijos, tener una dinámica de todo en la casa,

de responder por todo lo que tiene que pasar en una casa. Entonces eso es en cuanto a los maestros (12).

En términos de habitabilidad, el desarrollo de tareas simultáneas en espacios reducidos fue un estresor para una gran parte de las y los participantes del estudio, ya que la interferencia de sonidos, voces y estímulos de las actividades virtuales dificultaban la concentración y buen desarrollo de las actividades. Así lo sugiere el relato de una cuidadora de primera infancia:

Cuando estudiaban, y lo veía en las otras casas (también lo viví), estudiaban en la casa y tenían todos teletrabajo, entonces era cada uno en una habitación y eran super estresante las voces, el no poder decirle: “cállese un poquito”, “no puedo porque es que yo tengo que hacer clase”, y así, el otro [estaba] en educación física, y el otro en un *call center*, entonces era super complicado ese tema (13).

Por otra parte, algunos relatos sugieren convergencias entre la estabilidad económica, las condiciones favorables de habitabilidad y la percepción del confinamiento como una oportunidad de fortalecer lazos familiares. Un relato que ilustra esta relación es el de una profesional vinculada a las líneas telefónicas de ayuda del Distrito:

Yo creo que hay un punto de partida antes de lo del COVID, y es que nosotros somos una familia unida, muy pequeña, que realiza muchas actividades colectivas entre nosotros. Bailamos mucho y leemos libros en común, entonces cuando llega lo del COVID, para nosotros también fue una oportunidad. Claro, porque entonces nosotros ¿qué hicimos?, leer los mismos libros y hacer nuestros encuentros literarios virtual... nosotras todas vivimos aquí. No nos encontrábamos, pero virtual sí, hacíamos la receta de cocina,

---

nos reíamos, nos contábamos, o sea, era muy muy interesante. Yo vivo con mi hijo y mi perrita, y fue bonito estar ahí juntos, nos dio la oportunidad de estar más juntos. Siempre me he considerado muy afortunada en el trabajo que tengo: entonces otra cosa buena, ahora virtual, pero seguir trabajando, o sea, ¿uno que más le podía pedir a la vida en ese momento? (14).

En la misma lógica, algunas educadoras de primera infancia compartieron una vivencia positiva de la pandemia por la posibilidad de compartir con sus familias, especialmente con las y los niños, bien fueran sus hijas/os, sobrinas/os o nietas/os. Esta vivencia estuvo marcada por procesos pedagógicos, como enseñarles a leer, que en situaciones de normalidad no habrían podido realizar por los horarios laborales y académicos.

Sin embargo, sobre esta vivencia positiva se marca un contraste entre la ciudad y la ruralidad. La experiencia relatada por habitantes de la localidad de Sumapaz sugiere una menor imposición de distanciamiento y un mayor espacio de habitabilidad, lo que parece asociarse a mayores experiencias familiares relacionadas con el gozo y disfrute, de acuerdo con lo mencionado por las y los participantes de un grupo focal en esta localidad:

En mi familia, como todos vivíamos en la misma vivienda, en un caserío pequeñito, todos nuestros primos nos reuníamos a jugar en las tardes, voleibol, fútbol; durante tres meses, todas las tardes nos reuníamos a jugar. Era chévere. Ya no hacemos eso, dejamos de hacerlo. Curiosamente cuando se acabó la cuarentena se dejó de hacer (13).

Del otro lado, hubo casos en que las condiciones propias del confinamiento, como los tiempos extendidos para compartir en familia

y la disminución de la privacidad, generaron afectaciones individuales y grupales; lo cual se evidencia a continuación con el testimonio de un joven desempleado:

[...] con mi mamá es muy difícil porque... (bueno, se me nota), es un tema que no se toca: que soy gay. Las mamás saben (las mamás siempre saben), y yo sé que ella sabe, pero es un tema que nunca hemos confirmado entre ella y yo. Entonces eso era algo que yo no podía contarle, acerca de mi pareja, ¿sí?, era un tema guardado entonces me estresaba más, no sabía a quién contarle, y pues yo le contaba a ella [su hermana] por WhatsApp, pero no era lo mismo (15).

También era desconcertante para algunos familiares darse cuenta de comportamientos que antes del confinamiento no eran notorios en sus hijas, hijos, o parejas, por ejemplo: el consumo de sustancias psicoactivas. Cabe mencionar que esta fue una de las principales causas de consulta en una de las líneas de atención y orientación del Distrito, según relató una profesional de estas líneas que participó en uno de los grupos focales:

Esa fue una de las cosas que más me sorprendió. 'Yo no sabía que tú fumabas marihuana' y el otro fumando marihuana en la pieza. Se empiezan a destapar una serie de situaciones que no conozco del otro, que se supone que vive conmigo y sé todo, no, no lo sabían (14).

Los cambios en las formas de habitar y usar los diferentes espacios de las viviendas redujeron los espacios personales que favorecen la intimidad, y en algunos grupos de referencia se evidenciaron afectaciones importantes, como lo narra una adolescente de colegio público:

---

Yo compartía el cuarto con mi mamá, entonces como tener que, mi propio espacio para no compartir con ellos era demasiado complicado. Siempre estaba, como de alguna manera, presente ahí. Y eso también hacía que como ese estrés que había en todo el espacio, que se esparciera y todos sintieran ese estrés. Y, pues eso me llevó a mí como a guardarme, sí, en todo el sentido: si llegaba, no sé, a sentir algo de alguna manera, algún miedo o algo, era como decírmelo a mí misma y no demostrarlo (16).

A su vez, estas nuevas formas de habitar los espacios desencadenaban conflictos, que no siempre se tramitaron de forma adecuada, y en algunos casos escalaron a reacciones violentas. Un joven desempleado, que participó en una entrevista a profundidad del estudio, compartió la experiencia de una amiga suya al respecto:

Sí supe de algunas amigas que peleaban mucho con la mamá, incluso se fueron a los golpes. Mamá e hija. [Una amiga] me dijo: “uy sí, tuve que irme, eso ya es terrible, es imperdonable”. Había conflictos fuertes. La mamá la echaba, que saliera, que así tuviera que prostituirse (imagínate, una mamá que le diga eso a la hija); “no sé qué va a hacer, pero si ya tiene su hijo, vaya prostitúyase”, así, en forma fea. Y un día tuvieron un altercado y se fueron a las manos, porque ya eran tan fuertes las ofensas de la mamá hacia la hija que... muy fuerte... eso a mí me parece fuerte: que un hijo le pegue a la mamá (15).

Por otra parte, también se evidenciaron afectaciones en las dinámicas de pareja, principalmente como consecuencia de problemas de convivencia, que en algunos casos derivaron en violencia intrafamiliar o de género, rupturas, descubrimiento de infidelidades, entre otros. Esta experiencia también la refirieron profesionales de salud mental y docentes, que

recuerdan haber atendido numerosos casos al respecto, como lo mencionó una coordinadora de un Centro de Desarrollo Infantil (CDI) de la ciudad:

[...] en este tiempo nosotros tuvimos que atender muchos temas de violencia doméstica, había afectaciones entre las parejas porque obviamente otros salieron separados, porque esa convivencia de cuarentena no fue tan fácil: no había comida en casa, estaban la pareja juntos, un poco de niños pidiendo comida; pues eso no era tan bonito. Era la ocasión que las parejas mantuvieran en pleitos, en peleas y definitivamente se separaron. “Ya no lo tolero más”, “ya no la aguanto más”... y ocasionaron esas cosas, y se volvieron más violentos o se volvieron más agresivos; entonces, obviamente cada quien en su rol, cuando no se está tanto en casa y hay que compartir en un encierro adicional, eso ocasionó bastante esas cosas (17).

De este modo, es posible concluir que se presentaron dos grandes tipos de dinámicas para las familias durante la pandemia:

- **Primer escenario:** el confinamiento y las circunstancias asociadas sirvieron para que muchas familias tuvieran mayor cohesión afectiva y apoyo mutuo, se fortalecieron las relaciones ya existentes y se incrementarían afinidades o responsabilidades que anteriormente estaban descuidadas con otros miembros del núcleo familiar y la familia extensa. En este caso, el confinamiento y el aislamiento fueron condiciones que permitieron una mayor captación de valores afectivos con los seres queridos.



- ▶ **Segundo escenario:** las circunstancias obligaron a muchas personas a modificar e intercambiar sus roles dentro del espacio del hogar, además de acoplarse a necesidades e identidades de sus seres queridos, por lo cual se crearon conflictos de convivencia en diferentes escalas: estrés, ansiedad, ira y frustración.

#### ▶ 1.4. Distanciamiento social, aislamiento y confinamiento obligatorio



“Yo terminaba mi jornada un poco antes y me iba a un parque a tomar el sol, porque decía: necesito sol”

Coordinadora en línea de escucha y orientación del Distrito (18)

Una de las figuras de control y prevención implementadas por los gobiernos nacionales y locales frente a la propagación del COVID-19 fue la **cuarentena**, que consiste en una restricción para las personas que estuvieron expuestas a un riesgo de contagio, al no permitirles transitar el espacio público mientras atraviesan el periodo de incubación de la enfermedad. El **aislamiento** también hizo parte de las medidas restrictivas, e implicó mantener distancia física entre las personas que estaban contagiadas y las que no lo estaban, para prevenir la propagación del virus (19).

Por otro lado, el **distanciamiento social** es una figura de control diseñada para reducir paulatinamente las interacciones entre personas de una región determinada, donde se sospecha que puede existir un riesgo de propagación masiva del virus. Esta medida se adoptó en el país con el fin de reducir la transmisión del COVID-19 en entornos donde se comenzaban a detectar casos de contagio; ordenando el cierre de mercados públicos, oficinas, escuelas

y universidades, y prohibiendo las actividades presenciales. Como medida extrema, también se aplicó el **confinamiento obligatorio**, que es una intervención a nivel comunitario para detener la propagación del virus cuando las medidas anteriores fueron insuficientes.

Así, durante 2020 y 2021, en Colombia se combinaron estrategias de **distanciamiento social, cuarentena, aislamiento y confinamiento obligatorio**, acompañadas de otras medidas como el uso de tapabocas, la restricción de circulación en ciertos horarios, la suspensión de medios de transporte y el cierre total de fronteras (19).

En esta subcategoría de análisis, uno de los hallazgos más notorios tiene que ver con la **experiencia del “encierro” de las y los participantes a raíz del virus**, que hace referencia a verse “privadas/os” de la libertad de salir de sus casas por temor a contagiarse de COVID-19. Por lo general, estas vivencias se asocian con sensaciones, emociones y sentimientos desagradables, tales como: miedo, incertidumbre, angustia, ansiedad y tristeza; al no poder realizar actividades vinculadas con la recreación y el ocio en escenarios y espacios públicos de la vida cotidiana. Dichas emociones se pueden apreciar en el relato de una docente que participó del estudio:

Sí, en ese momento sí me afectó. Pues el miedo era contagiarme y contagiar a mi hijo y sentirme sola. ¿Qué va a pasar luego, se va a acabar el mundo? Todo, o sea, todo eso le llega a uno a la mente, y uno como que trata de pensar: “no, esto no es, es algo pasajero, algo que va a pasar, mañana, y ya no va a estar”. Traté solamente de confiar en Dios. Y mis papás, mi mamá lloraba todo el día: “que tú estás sola allá, que no te vayas a enfermar”. Y hubo un tiempo que sí me dio como una gripa fatal, que me asusté, porque era un dolor impresionante en todo

---

el cuerpo. Me mandaron como a 20 días de aislamiento, o sea, no pude trabajar esos días, eso me afectó un poco” (20).

Por otra parte, la delimitación del encierro y la salida del hogar estuvo determinada por los protocolos de limpieza y desinfección. Fue una experiencia colectiva en donde se asignaron reglas y normas de higiene personal y familiar, como un mecanismo de supervivencia y control vital. Así lo refiere el relato de una cuidadora de primera infancia de la localidad de Sumapaz:

En la puerta de la casa me tenían las chanclas, y en una caneca [iban] y directo al lavadero, a echarme agua, jabón para baño; me bañaba y ahí sí uno llegaba a saludar. O sea, fue como un régimen tremendo (yo lo sentí así), [...] mi hijo llegó en esa época, y para mí sí fue tedioso: no se le pudo hacer un *baby shower*, era muy berraco para que mi familia nos visitara. Uno vivía con mucha zozobra de que en cualquier momento alguien contrajera el virus. Fue muy tedioso y tenaz, pero no en el momento, sino en el transcurso (13).

Además de un mecanismo de prevención, las normas de higiene en el hogar constituían normas de cuidado y una muestra de preocupación excesiva por el bienestar de las y los integrantes de las familias, en especial de adultos mayores, niñas, niños y adolescentes, como lo vivenció una trabajadora de atención en supermercados:

Sí, a la entrada teníamos el alcohol, se le pedía a la gente que ingresara con tapabocas, que no hablara tan cerca, que alguien no estornudara delante de uno. Y yo era de las que me ponía doble tapabocas y a

cada rato me aplicaba alcohol. Y si alguien se me iba a acercar, yo: “no, por favor”. Y si alguien me iba a hablar, yo: “por favor, no”. Y sí, me daba miedo que alguien estornudara delante de uno, tosiera y ya uno como que... “aléjate” (20).

Llama la atención que los relatos también hicieron énfasis en las percepciones sobre la salida al espacio público en el marco del confinamiento, bajo restricciones como el “pico y cédula” y “pico y género”, que condicionaban la entrada a establecimientos comerciales. Los hallazgos señalan que esta experiencia estaba fuertemente influenciada por un factor de supervivencia, ya que cada familia centraba toda su atención y esfuerzos en la alimentación de sus integrantes, lo que en ocasiones llevaba a experimentar alteraciones en el comportamiento tendientes al egoísmo, el acaparamiento y la indiferencia frente a los demás. Al respecto, una coordinadora de un Centro de Desarrollo Infantil (CDI) de la localidad de Santa Fe manifestó:

Cuando empieza toda esta clase de cosas: como que ya tienes que estar en distanciamiento, que ya no puedes salir a la calle, que salieron las cédulas y según los números de cédula era terrible el tema de ir al supermercado, y la gente... o sea, recuerdo que teníamos que comprar un mercado para darle a los niños por el tema ya del cierre, pero entonces eso fue un caos, los supermercados, entonces decían: “no, no tenemos arroz en arrobas”, fue bastante impactante. Dios mío, y si no hay comida y si no hay alimento, llegaban momentos donde hacíamos las filas para comprar alimentos y no había leche, entonces fue duro (21).

---

Así mismo, se presentó **temor y rechazo hacia lo exterior**, y gran parte de las y los participantes destacaron sentirse “hastias/os” o “saturadas/os” por el impacto del virus en la vida colectiva. Incluso, muchas personas decidieron no ver, leer o escuchar noticias ni campañas en medios de comunicación masiva, ni en redes sociales, evitando los datos y la información relacionada con el virus, como las estadísticas de contagios y muertes.

Este punto es relevante en la medida en que expresa una figura en la conformación del temor social hacia una amenaza real e invisible, algunas veces enunciada bajo la expresión de “pánico o histeria colectiva”, y que se puede ver en otros comportamientos semejantes, pero con impactos diferenciados, como la **discriminación hacia el otro por ser posible portador de un virus**. En ambos casos, se identifica un factor de rechazo y exclusión hacia aquello que puede perjudicar la salud de la familia, así como un aumento en la percepción del riesgo que regía los sentidos subjetivos para experimentar el encierro. Como rememora una docente de un jardín infantil:

*Usted qué dice por las noticias, o sea, uno como que se dejaba también influenciar y llenar las cosas de todas esas; o sea, a veces era calma, pero a veces era tormenta y el estar escuchando todos los días esas cifras que “se murieron tantos”, pues daba más angustia, y pasa tanto y en tal lugar, entonces como que uno se llena de miedo y “no quiero salir”, “no quiero hacer”, “no quiero estar con nadie diferente como esas personas” (22).*

También se presentaron **cambios de rutinas, hábitos y percepciones dentro del confinamiento**. Muchas de las vivencias y experiencias manifestadas tenían que ver con la adquisición o alteración de algunos comportamientos ela-

borados ritualmente, que se expresaron como “sentirse o verse arrastrada/o” por el encierro. Cabe destacar que estas manifestaciones comportamentales eran valoradas como positivas y/o negativas en función de las características particulares en la vida de las personas. Entre estas, se resaltan actividades como lavarse las manos, hacer ejercicio, ver redes sociales, tener exceso de teletrabajo, tener sobrecarga laboral, jugar videojuegos, aumentar el consumo de alcohol y tabaco, o practicar meditación para tener una mayor conexión interior, tal como se evidencia en el relato de un joven desempleado:

*Pero necesito ocupar el tiempo porque como que no quiero ver la realidad de la pandemia, entonces como que me metía también a cursos del Sena, metí la monitoria de la Universidad; como que traté de ocupar el tiempo y todo el día se me iba en el computador, entonces como que, digámoslo así, era un resguardo, pero también un poco para evitar como esa realidad de que realmente no podía salir. ¿Sí? Como que engañar un poco a la mente de esa manera (23).*

En los hallazgos sobre **hábitos y confinamiento** sobresale la relación que se puede establecer entre las adaptaciones suscitadas por el encierro y el distanciamiento social, la repercusión de estos en el desarrollo mental y físico (cerebro y cuerpo), y la percepción subjetiva del tiempo durante el confinamiento.

En algunos relatos sobre las rutinas y nuevos hábitos adquiridos durante la pandemia, se encontraron manifestaciones que resultaban de una respuesta orgánica del cerebro y el cuerpo a las condiciones de aislamiento y encierro. Muchas personas participantes en el estudio destacaron cómo durante los momentos de confinamiento “los días pasaban más lento”,



---

algo que iba acompañado de una excesiva “desesperación” y “sentimiento de vacío” al “no saber qué más hacer”, vinculado directamente con la incertidumbre generada por las circunstancias sociales. Sobre este tema, un docente de un colegio privado en la localidad de Suba expresó:

Para mí los días fueron larguísimos. Empezaban muy temprano, terminaban súper tarde y, digamos, uno no sabía si al otro día algo nuevo iba a pasar, [...] [era] como que nunca se fuera a acabar, y uno siempre veía noticias y entonces en el resto del mundo, y yo decía, ¿en qué momento se acaba esto? Sí, fue muy largo, lo sentí muy largo (24).

Otro elemento sobresaliente es el impacto que tuvo la disminución de los espacios de socialización, a raíz del riesgo del contagio y como medida de precaución ante el COVID-19. Las y los participantes hicieron referencia a la ausencia de contacto físico como la “falta de abrazos, besos, caricias y expresiones de afecto”, que eran comunes en las interacciones sociales antes de la pandemia, en escenarios y relaciones como el colegio, la universidad, la familia, el trabajo o la amistad. Sobre este punto, es llamativo el papel que desempeñaron las videollamadas o encuentros virtuales durante el confinamiento, dado que reemplazaron los encuentros presenciales, pese a que distaban drásticamente en sus efectos para nutrir emocionalmente las necesidades afectivas y físicas de contacto, como lo relató una psicóloga que brinda atención en salud mental a estudiantes universitarios:

Precisamente en este sentido y en esta lógica del ausentismo del otro, para poder compartir y relacionarme con ese otro, esa distancia corporal, pues fue suplida de alguna manera por lo virtual, una virtualización muy, muy, muy importante. Una compensación, una manera de compensar, justamente estas experiencias que trae, pues el contacto

con el otro; esa producción de serotonina, de placer, de dopamina, que a través de lo virtual lograba tener allí un protagonismo (8).

En la misma línea, un médico psiquiatra que fue entrevistado en el proceso de investigación comentó:

El ser humano no está para estar encerrado, y eso sí es una convicción política. El ser humano no está para estar encerrado y aislado. El cerebro del ser humano es un cerebro social. Sí, no solo desde la premisa aristotélica, sino biológica también, o sea, nuestro cerebro se desarrolló con base en la interacción con el otro, desde la cultura, el lenguaje... Y la pandemia, al golpear la socialización, generó un patrón muy particular de angustia, de no socializar: los viejos [sic] se deterioraron cognitivamente; los niños, al dejar de interactuar con pares están sufriendo ahorita las consecuencias de esos dos años, la pedagogía se impactó por la virtualidad, porque no es lo mismo la presencialidad a la virtualidad (25).

El impacto emocional negativo derivado de la falta de contacto físico contrasta con un conjunto de emociones, comportamientos y pensamientos **de evitación**, que pervivieron una vez se reanudó la vida social en el espacio público de la ciudad. Participantes de los diferentes grupos de referencia comentaron casos ajenos y propios, en los que manifestaron una marcada resistencia, rechazo o renuncia a salir de sus casas, debido a “**la ansiedad**” y “**el estrés**” que les producía volver a interactuar con el entorno exterior. Esta experiencia se interpreta colectivamente como una **reclusión voluntaria**, que ha sido conceptualizada como **el síndrome de la cabaña** (26), ligada a reacciones físicas y cognitivas, tales como: confort al estar siempre en casa; agotamiento mental y preocupación excesiva por lo que puede ocurrir afuera; ira, agitación, nerviosismo o

---

pensamientos negativos al salir, así como evitación permanente de multitudes, conglomerados, fiestas, reuniones de personas y medios de transporte público, dado que se perciben como posibles agentes de contagio.

De acuerdo con Aguilar, et al. (26), este tipo de sintomatologías está relacionada con trastornos de ansiedad, con agorafobia, producto del impacto emocional y cognitivo que sobrevino con la pandemia para individuos con este tipo de susceptibilidades, quienes han adquirido una nueva forma de relacionarse con su entorno. En la siguiente narración, una docente de colegio privado expresa cómo se sentía al volver a la presencialidad:

Al encerrarme pues es mi zona de confort, estoy en mi casa, estoy en mi lugar feliz, y volver a salir después de pandemia fue cuando a mí me pegó durísimo, a mí me dio una depresión tenaz. Tener que volver otra vez a esa interacción social, no con los niños sino con los adultos. Me dio durísimo, ese creo que fue como el punto negativo que yo resalto de la pandemia (24).

Así mismo, una docente de primera infancia que trabaja en una fundación infantil compartió lo que sentía cuando tuvo que implementar la alternancia en la atención a sus usuarios:

Yo sentía miedo y temor de tener que salir de mi casa. El salir [era] horrible, horrible, y me daba rabia tenerlo que enfrentar cuando nos empezaron a decir: “tiene que salir y que los niños vayan un día sí y un día no”. Yo sentía rabia y más rabia cuando dicen: “usted se tiene que vacunar porque usted es un experimento”. Rabia sentía y rabia sentía por la actitud que tomaban hacia nosotras” (27).

Además de estas manifestaciones de ansiedad, otra consecuencia del aislamiento fue la transformación en la dimensión socioafectiva de las personas, tendiendo a la **disminución de habilidades para relacionarse con los demás**. En casi todos los grupos de referencia, las y los participantes mencionaron cambios en la forma de relacionarse y comunicarse con las demás personas fuera de su círculo familiar, una vez terminó el confinamiento obligatorio. Las personas jóvenes y adultas, sin distinción de género, hablaron sobre la continua dificultad que tenían para entablar conversaciones o hacer nuevas amistades. Esta dificultad iba acompañada usualmente de sentimientos, sensaciones y percepciones catalogadas como “fastidio”, “desconfianza”, “inseguridad”, “renuncia” o “rechazo” hacia tener relaciones sociales nuevas, o revitalizar las que se tenían previamente a la pandemia. En algunos casos, la pérdida de antiguas amistades y la renuencia a entornos sociales se expresó con frases como “me cerré”. Al respecto un joven de universidad pública relató:

Llegó un momento, en el pequeño círculo que tenía de amigos, que pues les contaba todo lo que pasaba en mis vivencias. Y cuando volví de pandemia entonces ese círculo desapareció completamente, y hace como un año que pasó eso. Ahorita como que intentar hacer nuevas amistades, intentar interactuar con otras personas sin que haya algo en medio, me es muy complicado, entonces, en cuanto a mi parte relacional, es como que yo debo andar solo [...] Eso es como algo que siento que no sé cómo arreglarlo, cómo cambiarlo, pero entonces me ha hecho cerrarme mucho a la banda, de no querer hacer más o de pronto tener una vida social (28)

Este relato permite destacar que las personas en la ciudad de Bogotá “regresaron a la normalidad” sin dejar atrás el impacto mental de las

---

circunstancias acaecidas en la pandemia. En grupos de referencia, como el de conductores de transporte (público y privado) y vendedoras/es en el espacio público, hubo declaraciones en torno a que las personas de la ciudad se tornaron menos tolerantes y más agresivas en sus interacciones sociales luego de la pandemia; lo cual se evidencia en comportamientos de irritabilidad, violencia y apatía, demostrando un menor control emocional para resolver conflictos interpersonales de forma asertiva. Este panorama se refleja en el siguiente relato de un conductor de transporte público:

Después del COVID, nosotros percibimos simplemente [al] ver la persona [sic], inclusive no es necesariamente que nos hablen, sino solo al ver la persona físicamente ya percibimos una mala actitud, una mala forma, un rechazo; solo viendo la persona. Ahora, peor cuando ya se tiene el contacto verbal con la persona, que obviamente no es amable, entonces todas esas cosas cambiaron mucho más después de ese encierro (60).

Por último, otro factor relevante en esta subcategoría de análisis es el florecimiento de un constante **sentimiento de soledad y aprisionamiento**. Muchas veces identificado con emociones negativas, un estado de ánimo afectado por la falta de relacionamiento humano, el sedentarismo, las percepciones de impotencia, la desconfianza hacia los otros o el futuro, la incapacidad de controlar y predecir la vida propia, el debilitamiento de la autonomía y el descuido del aspecto personal. Así se evidencia en la narración de una auxiliar de enfermería:

Yo creo que sí queda algo como de aislamiento, o sea, como que en esa época se rompieron muchas relaciones y digamos que ha sido difícil recogerlas otra vez, porque mucha gente quedó como... pues es mi sensación, como con la sensación de soledad,

de no poder expresar lo que sintieron en esa época. Entonces sí ha costado, ha costado recuperar las amistades, los familiares, eso ha llevado su tiempo (29).

No obstante, este último aspecto no fue un patrón generalizado en la diversidad de experiencias y vivencias. También se conocieron casos en que el confinamiento obligatorio y las vicisitudes del aislamiento contribuyeron para que las y los participantes tuvieran una nueva conexión psicoemocional consigo mismas/os, facilitando la fijación de nuevas metas y proyectos de vida. Esta fue la vivencia de una psicóloga de la Secretaría de Educación del Distrito, que afirmó: “La pandemia me vinculó mucho a aprender, a escuchar mucho, a interiorizar, eso de estar conmigo me pareció fantástico. Trato de darme también esos espacios de días o momentos exclusivamente para mí, que no tengan que vincular a otras personas” (8).

## Relato

# En la oficina

*Llevo más de diez años trabajando como administrativo financiero en la empresa. No salgo mucho, me gusta la gente, y cuando llegó la pandemia lo viví como un cambio de 90 grados. Tuve que venir a la oficina con otros compañeros y compañeras y durante esos días la sensación fue dura, porque en la oficina somos muy unidos entre nosotros y era extraño ver tantos puestos vacíos y la empresa vacía y la ciudad vacía. Dejamos de saber de algunas personas. Era miedo lo que se respiraba en el ambiente. Aun así, la empresa se portó bien con los empleados. Nos decían no salgan, y nos daban a unos el desayuno y a otros el almuerzo, ¿quién hace eso? Por aquellos días, como la ciudad estaba tan sola llegábamos tempranísimo a la oficina. A las cuatro de la mañana, desde la terraza de esta empresa, era hermosísimo ver esos amaneceres de Bogotá.*

*En mi familia no hubo muertes, pero todos los días había muertes en la ciudad. Los medios de comunicación no ayudaban para nada y muchos optamos por dejar de ver noticias. Había emociones fuertes, porque encerrados la gente deseaba gritar, desahogarse, ¡quiero salir! ¡ser libre! pero no podían por temor al contagio. Sé que muchos adoptaron animales para tener la excusa de salir al aire fresco, un auxilio de libertad; ya luego los devolvieron. A veces pienso que dejamos de ser tan sociales. Considero que el confinamiento generó un desmembramiento en los ciudadanos, y afectó un valor patrio. El colombiano, como sabemos, es muy querentón, muy afectivo, y el hecho de no recibir abrazos y besos al cruzarnos unos con otros hacía que mucha gente tuviera estrés o depresión. Yo tuve depresión. Pero ya está superado.*

*A mí me gusta la gente. Por eso cuando salieron las pruebas piloto para aplicar una de las vacunas, yo me postulé como sujeto experimental, como chivo expiatorio. Muchas personas cercanas a mí no estuvieron de acuerdo con esa decisión, pero yo amo a la humanidad. Me inyectaron algo que no se sabía muy bien, ni los riesgos que tenía, ni si sería efectiva. Nos monitoreaban todo el tiempo. Algunos participantes no asimilaron la vacuna y murieron en 24 horas. Yo sobreviví. Yo sigo aquí.*

*Pienso que como humanidad eso hicimos en la pandemia: Sobrevivir. Al igual que los animales, como el perro, ese instinto latente de preservar la vida o buscar la salida. En la oficina, por ejemplo, siempre somos de ir al escritorio del otro y estar pendiente del otro; sin embargo, muchas cosas quedaron. Esos remanentes que hoy en día se manifiestan en conductas cotidianas. Ahora, cuando alguien toca mi escritorio, tengo la compulsiva necesidad de limpiarlo enseguida con un trapito lleno de alcohol, imaginando siempre que ahí puede estar el Covid. En mi casa, es esa dualidad de hacer las cosas dos veces: revisar que cerré el gas más de una vez antes de acostarme, o devolverme al salir, cuando ya voy en la portería, para estar seguro que eché llave en la puerta y no la dejé abierta.*

*Hay que hacerle caso a la ciencia. Cosas quedaron. Lavado de manos excesivo, hastío por el uso del tapabocas, comencé a fumar de nuevo cigarrillo porque no tenía con quien hablar en la cuarentena. Solo hablaba con Dios y entonces me acerqué a él. No podía ir a la iglesia y eso me afectaba. Ahora tengo una espiritualidad distinta.*

*Creo que como sociedad debemos aprender las lecciones de esta pandemia, y entender la importancia de la ciencia en estos asuntos. El mundo está globalizado, una gripa desatada en Noruega puede afectarnos acá. Pero la gente prefiere creerle a los nuevos “influenciadores”, los youtubers, los tiktokers que brillan por su ignorancia más que por su sabiduría, en vez de prestarle atención a los científicos que se queman las pestañas en los laboratorios para estudiar el virus y desarrollar las vacunas que son las que nos salvarán mañana.*

**Trabajador del área administrativa de una empresa privada de Bogotá**

## ► 1.5. El reto de aprender y enseñar en la virtualidad



La principal implicación de la pandemia en la educación fue la aceleración de la transición del entorno presencial al virtual en los procesos de enseñanza, y la puesta en marcha de estrategias para dar continuidad a los procesos educativos que se encontraban en curso por parte de todos los actores involucrados: docentes, estudiantes, padres y madres de familia, cuidadores/as y gobierno. Sobre este punto, es preciso indicar que a nivel distrital no todos los establecimientos educativos estuvieron en condiciones de implementar estrategias de educación virtual. Sin embargo, en el estudio no se presentaron estos casos.

Una de las percepciones comunes en esta coyuntura fue que la virtualidad no suplió la experiencia presencial de la educación, e incluso se evidenciaron afectaciones frecuentes como la pérdida de días de clase, la incertidumbre y la falta de claridad en los horarios y periodos escolares. Teniendo en cuenta estas dificultades, la UNESCO (30) expresó su preocupación frente a que la emergencia causada por el COVID-19 puso en peligro derechos humanos fundamentales, como el de la educación, e indicó que aún no es posible dimensionar con precisión los efectos de la pandemia en la educación de los países de la región. En el mismo sentido, la UNESCO señaló en la *Declaración de la Reunión Mundial sobre la Educación 2020*:

Nos enfrentamos a una gran amenaza que podría obstaculizar los progresos logrados en la consecución de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (SDG) y nuestros esfuerzos comunes encaminados a no dejar a nadie atrás. La crisis está agravando las desigualdades preexistentes y afectando de manera desproporcionada a las comunidades y los

educandos vulnerables, especialmente los que viven en la pobreza, las mujeres y las niñas, los que son víctimas de crisis y conflictos, y las personas con discapacidad (31).

El principal desafío lo constituyó la adaptación tecnológica que, como se mencionó en la subcategoría de condiciones económicas, se convirtió en un acentuador de la brecha social. Algunos de los estudiantes tuvieron que compartir los dispositivos electrónicos con otros familiares para asistir a sus clases, por lo cual no era del todo posible sostener los procesos pedagógicos, según manifestó la coordinadora de un Centro de Desarrollo Infantil (CDI): “era también un choque como con las familias, por el hecho de que muchas no podían del estrés, muchos también decían: “profe, yo tengo un celular”, y el celular lo tiene el niño mayor, y la prioridad de eso es porque tiene que pasar el año” (17).

Adicionalmente, en muchos contextos no existía posibilidad de que los niños, niñas y adolescentes contaran con dispositivos para conectarse a internet, situación que fue identificada en el estudio por los docentes, especialmente en el siguiente relato de la docente citada anteriormente:

En algunas ocasiones, casi que muchas veces, se dificultaba la comunicación con los padres de familia, porque son poblaciones vulnerables. Muchos papás se quedaron sin trabajo, son vendedores ambulantes, entonces, pues al no haber gente en la calle, ¿a quién le vendían?, perdieron el trabajo. Entonces bueno, “tengo tal electrodoméstico, me tocó venderlo”. Muchas veces vendían también los celulares, ¿cómo nos comunicamos con los niños?, ¿cómo hacemos las actividades de los niños? (17).

Sin embargo, esta fue solamente una de las expresiones de condiciones de marginalidad económica en que vivían muchas niñas y niños,



---

no sólo en la pandemia sino antes de ella. En su operación normal, muchos colegios son y fueron un espacio que brinda alimentación y un espacio saludable para la niñez y la adolescencia, pero dicha protección se interrumpió durante el confinamiento. Para algunos niños y niñas, atender las clases desde sus casas significaba estar expuestos a condiciones inadecuadas para el aprendizaje, y a dinámicas familiares que podían vulnerar sus derechos básicos; como lo narra un docente de colegio público:

Después de que llegamos con algunos compañeros a ciertas casas y a ciertos lugares, cambié la percepción que tenía de la exigencia, porque había unos casos un poco tristes. Yo después comprendía que los chicos no prendían sus cámaras por evitar que se conociera su realidad o las condiciones en las que vivían. Ya uno dice: “no, ahí nada que hacer”. Llegábamos a ciertas casas, que nos tocaba subir unas lomas, no, juepucha, a uno le daban era ganas de llorar, y estos chicos así llegan al colegio y una va a exigirles cosas. No, usted no conoce la vida de ellos, en el colegio es una cosa diferente, pero en la casa es muy berraco (32).

Desde el punto de vista de las y los docentes, hubo una transformación en los dispositivos pedagógicos y de seguimiento que son inherentes a la escuela. Fueron necesarias jornadas de capacitación para la adaptación a las herramientas de conectividad y, a pesar de ello, muchas/os participantes en los grupos focales coinciden en que las clases virtuales no garantizaron un proceso de aprendizaje adecuado, porque se perdieron las posibilidades de interactuar en vivo y de hacer seguimiento al proceso educativo y emocional del estudiante. Tal como lo recordó una orientadora escolar:

Pero el maestro primero con esta frustración, con esta acomodación importante a la

virtualidad, y además tener que enfrentarse a los niños que tenían dificultades con el tema de no querer prender una cámara, por ejemplo, y el maestro tener que pedirle a un niño todo el tiempo: “prende la cámara que te quiero ver”. ¿Por qué? Porque el maestro no sabía, tenía también mucha incertidumbre de este lado: ¿qué está pasando del otro lado con ese niño?, o sea, ¿lo están ayudando los papás?, ¿le están diciendo las cosas?, ¿qué está pasando?, o ¿es un niño que está bien emocionalmente?, o ¿es un niño que está triste?, o ¿es un niño que se siente agobiado?, o ¿es un niño que no está entendiendo lo que le estoy diciendo de esta manera nueva en lo virtual? Es un niño que no podía estar con el compañero de al lado que se para y va y le pregunta, no podía; entonces, para el maestro hubo muchas frustraciones, muchas, muchas (12).

El personal docente asoció estas experiencias a la sensación de presión por la responsabilidad de generar estrategias pedagógicas efectivas para garantizar el aprendizaje. Adicionalmente, la pérdida del contacto generó sentimientos de culpa, especialmente en las docentes mujeres, por no poder acompañar a quienes podían estar pasando momentos difíciles. Al respecto una docente de colegio público mencionó:

El estar encerrado y el no poder interactuar con el otro así, ¡ush!, para mí fue muy tenaz el no tener al estudiante, hablar con él... para mí no es lo mismo estar ahí detrás de una pantalla que tenerlo al frente. Yo soy muy cariñosa, entonces el abrazo, el beso, y llegar acá también después de pandemia y no poder abrazarlos también, ¡ush!, para mí fue terrible, porque el chiquitín también necesita eso, el estudiante también necesitaba el abrazo del profesor, porque uno sabe en la situación en la que vivía en la casa, en esa pandemia, y no poderlos abrazar, porque ellos son muy emotivos y ellos querían,

---

entonces para mí eso fue muy fuerte, muy impotente me sentía al no entender que pasaba acá (32).

Por otra parte, se destacó cómo las y los docentes también asumieron roles de atención emocional, lo cual resultó desafiante para muchas/os, al no tener capacitación adecuada para abordar el escenario psicoafectivo y emocional de estudiantes, padres de familia e incluso colegas. Sobre este tema, una docente de un colegio privado en la localidad de Suba manifestó:

Dar clases es muy fácil, montar una clase es algo sencillísimo, uno coge un libro, uno estudia, uno hace un PowerPoint, se inventa un examen; pero el relacionamiento social y ayudar a manejar las emociones en un curso con treinta estudiantes es difícil (24).

El desafío de este rol lo ratificó un profesional de orientación escolar que participó en el estudio:

Muchas veces como profes decíamos que ya no sabíamos qué más hacer, y estaba el tema de que las familias también estaban pasando todas sus dificultades, y en ese momento nosotros fuimos como los mediadores y también, en parte sin ser profesionales como psicólogos, estábamos escuchándolos todos los días y dándoles consejos, direccionando a que se podía hacer, porque a veces era de que “no, profe mi papá está hospitalizado”. Entonces, también era un llamado muy fuerte aquí, pero a veces sin quererlo también uno se cargaba de esas cosas (33).

Sin duda, la pandemia develó un debate sobre la responsabilidad de madres, padres, cuidadoras/es y las instituciones educativas en la formación emocional y comportamental de las niñas y los niños. El relacionamiento y la con-

vivencia escolar brindan elementos cotidianos para dicha formación, y a menudo los padres son ajenos a esos procesos porque comparten con sus hijas e hijos en espacios de tiempo limitados, pero durante la pandemia esta formación se volvió una responsabilidad exclusiva de las familias. Adicionalmente, las madres, los padres y las y los cuidadores tuvieron que asumir el rol de docentes en muchas ocasiones, así como vivir los desafíos de la adaptación tecnológica de la mano de los niños, niñas y adolescentes.

Luego, una vez pasado el periodo de mayor criticidad de la pandemia, el retorno a clases tuvo sus respectivos retos. Las y los docentes de múltiples instituciones educativas manifestaron reparos en cuanto a la inexistencia o insuficiencia de condiciones para prevenir el contagio de COVID-19, poniendo de manifiesto las dificultades económicas y logísticas del sistema de educación, tales como: sobrecupo en los salones, falta de docentes, salones con condiciones inadecuadas de ventilación, entre otras. Otra dificultad consistió en que no todos/as las y los estudiantes estaban vacunados, lo cual propició la decisión de implementar un modelo de alternancia en la formación escolar (una parte presencial y otra parte virtual).

El personal docente notó afectaciones en el comportamiento de niñas, niños y adolescentes, que no correspondían a sus edades, o a las prácticas acordes con el proceso esperado de crecimiento físico y mental. Estas afectaciones emocionales y comportamentales que tuvieron niñas, niños y adolescentes son objeto de mayor análisis en el capítulo “Los colectivos más vulnerables”. Una psicóloga de la Secretaría de Educación del Distrito describió en una entrevista algunos cambios que fueron evidentes en un grupo de adolescentes:



En ese momento, verlos comportándose como más chiquitos era muy chistoso. Porque claro, yo los veía en octavo, tal cual, pero es que parecían niños chiquitos. Claro, se fueron haciendo niños de sexto. Ahora noto que no se siente tanto, sí creo que están menos agresivos. Igual la escuela es un lugar donde se detecta todo, y duramos año y medio sin poder detectar porque no los veíamos. Claro, entran y eran cosas super evidentes, que no era fácil de ver solamente por la cámara (33).

Por otra parte, en lo referente a la calidad de la educación, un grupo de estudiantes manifestó haber visto afectado su nivel de aprendizaje durante la formación exclusivamente virtual. En esta apreciación coinciden docentes que consideran que los procesos de aprendizaje no avanzaban de la misma manera que en la presencialidad. Estos indicios de baja calidad se hicieron evidentes en el retorno gradual de las y los estudiantes a los colegios, dados los vacíos en conocimiento, las dudas sin despejar, los temas que no dominaban, entre otros aspectos.

Con respecto a las dificultades para las y los estudiantes de universidades públicas, en los grupos focales y entrevistas se conocieron experiencias de ansiedad asociadas a la alta carga académica, el alto nivel de exigencia y la baja tolerancia por parte de las y los profesores. Además, estas/os estudiantes reportaron una reducción de espacios de socialización en los campus universitarios en comparación al periodo previo a la pandemia. Esto coincide con lo expresado por un profesional de atención psicológica de una universidad pública, quien indicó que son necesarios los espacios de encuentro y diálogo para fomentar herramientas de regulación emocional entre las y los estudiantes universitarios.



## ► 1.6. Atender y ser atendido en medio del desbordamiento del sistema de salud

Algunas de las situaciones más extremas de la pandemia tuvieron lugar en las instituciones prestadoras de servicios de salud, donde el COVID-19 se vivió desde dos perspectivas: la de las y los profesionales de salud y la de las personas que necesitaban acceder a servicios de salud. En este contexto, se generaron desafíos en los que las y los profesionales se enfrentaron a escenarios decisivos para la vida de las y los pacientes, y sus principios éticos cobraron protagonismo. En este sentido, una de las vivencias particulares fue la cercanía con la muerte y la toma de decisiones respecto al acceso a la unidad de cuidados intensivos (UCI), que en muchos casos marcaba el límite entre la vida y la muerte.

Las y los profesionales de enfermería afirmaron haberse enfrentado permanentemente a situaciones de frustración y dolor ante el fallecimiento de pacientes de forma masiva. Algunas enfermeras recordaron este periodo con analogías a contextos de guerra, demostrando miedo ante un escenario similar en el futuro y compartiendo algunos recuerdos intrusivos, como en el caso de una auxiliar de enfermería:

Yo creo que – justamente nos pasó la semana pasada – nos están llegando pacientes respiratorios otra vez, y nos da miedo de tener que volver a vivir eso, tener que atender muchos pacientes con la sobrecarga de verlos que están mal, [sic] y no podemos hacer nada porque ya les dimos todo lo que tenemos. Para mí es eso: que se vuelva a repetir. Que desafortunadamente llegue una

---

cosa más grave aún y no podamos hacer nada. Entonces eso, que se vuelva a repetir la historia (29).

Adicionalmente, la muerte masiva e inesperada de pacientes trajo consigo la necesidad de acompañamiento a los familiares, en un contexto en que las visitas eran restringidas por las medidas de bioseguridad. Esta tarea la recuerdan las enfermeras jefe y auxiliares de enfermería, e indican que no contaban con formación adecuada para dicho acompañamiento psicosocial; además, refieren que no tenían espacios para entender lo que ocurría, ni para tramitar las implicaciones emocionales de su labor.

Algunas enfermeras respondieron a la situación desde la intuición, la empatía y la responsabilidad, asumiendo el rol de intermediarias entre los pacientes que iban a morir y sus familias, por medio del envío de mensajes o la realización de videollamadas para permitir la despedida entre seres queridos. Estas fueron iniciativas particulares más que procedimientos formales. De igual forma, se encontró que las enfermeras incluso asumieron labores para una primera contención o apoyo emocional a los familiares afligidos. Según mencionan, este proceso implicaba unas afectaciones emocionales que asumían en solidaridad con las familias y pacientes, como se percibe en el testimonio de una auxiliar de enfermería:

Y tiene uno que compartir el duelo con esa familia, y por más que sea uno muy profesional e inherente[sic], con ese dolor y demás, eso yo creo que le repercute a uno, y uno se queda con algo de carga, de dolor de esa familia, y esos momentos que tuvieron que vivir inesperadamente. Que es muy diferente, yo creo (y lo veo, lo siento) en un paciente que, digamos, ha sido crónico, ¿sí?, y que uno va como elaborando el duelo en un camino y en un tiempo largo. Cosa dife-

rente que pasó con la pandemia, o sea, eso era en dos días, en tres, máximo en cinco y se murieron, al séptimo día y así pasaba, se morían (29).

Esta decisión de realizar acompañamiento familiar cuando el contacto físico era restringido puso en juego los recursos internos de las y los profesionales de la salud, ya que un evento de muerte ameritaba no solo una mirada médica sino psicosocial. Esta mirada psicosocial fue un componente fundamental para el abordaje en doble vía, porque no solo se trataba de realizar acompañamiento, sino que existían implicaciones en el estado emocional de las y los profesionales que lo brindaban.

Ante estas situaciones, algunas/os participantes del estudio manifestaron que tuvieron sentimientos de impotencia y desesperanza, que se agudizó su percepción catastrófica del futuro y que surgieron estados de confusión y dilemas éticos que aún persisten. Otra situación que afectó profundamente a las y los profesionales de la salud, tanto de enfermería como de medicina, fue el fallecimiento de sus colegas. A partir de los relatos, cobra fuerza la idea de que muchas de estas personas pusieron las necesidades de otros sobre las propias y que las prácticas de autocuidado fueron frágiles frente a las circunstancias vividas. Una enfermera que participó de un grupo focal manifestó:

Lo del doctor me marcó muchísimo, porque creo que antepuso su vida laboral antes del cuidado de sí mismo [sic], ¿sí? Era una persona que trabajaba 24/7 (trabajaba en dos hospitales), y el día que se fue enfermo para su casa, estaba posturno. Y estaba morado, así literal, morado. Tanto así que todas lo vimos y: “¿doctor está enfermo?, ¿se siente bien?”, “¡No tranquila!, eso es cuestión de irme acostar a dormir, eso me pasa” [dijo]. Cuatro horas después nos enteramos de que llega saturando a un hospital con 50%,

---

una persona totalmente funcional... Y los mensajes de la familia, ¿no?, los mensajes de la hija son desgarradores, son tristes... [llanto]. Entonces, cómo decirlo, le toca a uno el corazón todos los días. Y uno no se prepara otra vez para vivir (29).

A la vez, se presentaron situaciones que exponían dilemas de vida o muerte, por ejemplo, no contar con elementos de protección para el personal de salud y tener una situación urgente por atender, lo cual se traducía en elegir entre el bienestar del personal y la vida del paciente. Ante estos eventos surgieron sentimientos de culpa por priorizar la protección personal sobre la atención. Así lo recuerda una médica general que trabajaba en urgencias:

[...] yo no lo voy a entubar si yo no tengo un tapabocas, si yo no tengo una careta, o sea, si no me pongo una bata antifluidos, no lo voy a hacer, y me dio mucha culpa no hacer eso, porque en medicina a uno siempre le enseñan que hay que priorizar los pacientes. Es como: tú no has comido, tú no has dormido, tú tienes dolor, tú tienes la regla, tú tienes mil cosas, tú te sientes triste; pero no importa, igual tienes que atender al paciente. A nadie le importa tú qué estás sintiendo, tú tienes que atender al paciente, y esa es como la cultura de la medicina. Y en ese momento yo no seguí esa cultura, en ese momento yo... porque la cultura alrededor de la COVID estaba cambiando, entonces todo el mundo: “no, los elementos, los elementos, los elementos” (34).

En el caso particular de las y los profesionales que ocupaban cargos directivos, las decisiones sobre la ubicación de pacientes, la administración de las camas de UCI y el proceso de vacunación, se hicieron cotidianas y generaron cuestionamientos y dilemas morales, como lo recordó un funcionario de epidemiología del Distrito:

El momento más difícil fue cuando nos llegaron tantos pacientes y no podíamos ubicarlos, de resto no. Porque mi papel fundamental era manejar la sala de crisis, lo que significa conocer por qué llega, por dónde va, cómo va a evolucionar, cómo están los hospitales de disponibilidad de recursos, qué tanto pueden recibir. Y hubo un momento en que nosotros no teníamos camas y teníamos doscientas personas en lista para UCI. De tu decisión dependían doscientas vidas, pero tu decisión no estaba sujeta a que tú quisieras o no, sino que estaba sujeta a una disponibilidad de camas, que no había en los hospitales (37).

Por su parte, el personal encargado de la toma de decisiones sobre el proceso de vacunación también vivió situaciones de estrés y presión permanente, debido a las complejidades de la logística para la aplicación de vacunas, la certificación y el seguimiento del proceso.

Otra experiencia común que se presentó en el grupo de trabajadoras/es de la salud fue la sobrecarga laboral en un contexto de estrés, tensión y sufrimiento. En el estudio se identificó que estas situaciones estuvieron acompañadas de condiciones laborales precarias, derivadas del tipo de contratos en el sector, las cuales fueron determinantes en las vivencias de estas y estos profesionales. De hecho, varias de las personas entrevistadas renunciaron a los trabajos que desempeñaban durante la pandemia por el desgaste profesional, o fueron despedidas por los desacuerdos que tuvieron con sus jefes. Sobre estas condiciones un profesional de vacunación narró:

[...] los trabajadores de la salud están muy mal remunerados, muy mal contratados, están en una precarización total y brutal... porque los contratos pueden ser de ese estilo: “te contrato tres meses y quedas dos por fuera, te contrato seis y quedas uno por fuera”, entonces ese tipo de cosas no tienen

---

sentido, porque son muy pocos los lugares en donde a uno le dan un trabajo decente... No tiene sentido que uno tenga tipos de contratación de esa manera tan precaria... entonces hay una parte de contratación que está en deuda con la gente que le puso el pecho a eso, y eso es como lo material (35).

Así mismo, se identificó que muchas personas que se desempeñaban como auxiliares o profesionales en enfermería o medicina tenían dos o tres empleos simultáneamente para obtener ingresos suficientes. Este fenómeno se presentó de forma reiterada y estuvo asociado a contratos de corto plazo, mal remunerados y con retrasos en los pagos, causando afectaciones de ansiedad, ataques de pánico y crisis emocionales. Una médica de urgencias indicó en una entrevista que la pandemia propició que esto sucediera:

En ese momento se estimuló, también, que tuvieras muchos trabajos o que te sobreexplotaras, como yo me sobreexploté, y no hubo ningún tipo de gestión de ese riesgo. Es que ni siquiera gestión del riesgo, o sea, ni siquiera hablemos de medir, ni siquiera hablemos gestión del riesgo, ni siquiera creo que tenían en el radar ese riesgo. Bueno, no nos morimos de COVID, pero entonces ¿qué van a hacer con nosotros?, ¿qué van a hacer con la ansiedad que quedó?, ¿qué van a hacer con los trastornos obsesivos que se formaron?, ¿qué van a hacer con las personas que desarrollaron fobias?, ¿qué van a hacer con las personas que desarrollaron un consumo de sustancias?, o sea, ¿qué van a hacer con eso?, ¿sí? (34).

A este fenómeno se sumó la carga simbólica para las y los profesionales de la salud de ser “los héroes de la pandemia”, lo cual les generó cierta presión y dificultad para balancear equitativamente las cargas del cuidado de la familia y del trabajo, que regularmente se in-

clinaban hacia al trabajo. Si bien es una situación referida por hombres y mujeres del grupo de referencia, las mujeres se mostraron más afectadas, llegando a expresar sentimientos de culpa propios y juicios por parte de su entorno.

En general, hubo una confluencia de elementos que generaron malestar emocional en el personal de la salud: el aumento en la carga laboral, la escasez de personal calificado, la muerte frecuente de pacientes y el temor frente al contagio implicaron la pérdida de espacios personales de descanso, y en casos extremos, limitaron prácticas personales de higiene y alimentación, de forma particular en el personal auxiliar de enfermería. El siguiente relato de una enfermera muestra un caso de desborde emocional:

[...] la escasez de personal era tenaz, o sea, yo peleaba contra el sistema: “yo necesito más gente acá porque me siento sola”, y yo me sentía frustrada, y como que en ese momento intubamos un paciente y yo le cogí la mano. Yo dije: “este paciente se va a morir”. Dije: “no puedo atender un paciente llorando, no puedo. No puedo porque pues... no estoy haciendo mis cosas como debo hacerlas”. En ese momento sí sentí que mi capacidad mental sobrepasó lo profesional, y chao a la enfermera que es rígida. O sea, no. No pude. Yo dije: “ya aquí necesito salir porque no puedo con todo esto”. Porque... desafortunadamente se morían, ¿sí?, y uno decía: “yo acá no salgo a comer, no salgo a orinar, no puedo entrar al baño tranquila, ¿para qué?, si igual se van a morir” (29).

En síntesis, las situaciones mencionadas generaron malestar, agotamiento físico y mental, crisis de ansiedad, ataques de pánico entre otras afectaciones emocionales con valencias negativas que coinciden con los síntomas asociados al síndrome de desgaste profesional, caracterizado como:

---

Síndrome psicológico causado por un cúmulo de circunstancias como el estrés crónico, la sobrecarga profesional, los horarios excesivos, el agotamiento emocional y una insostenible sensación de falta de realización personal. Se manifiesta por sentimientos de impotencia con cansancio, agotamiento, depresión, insatisfacción, irritabilidad y una actitud cínica o suspicaz, a los que pueden sumarse múltiples molestias físicas: insomnio, cefaleas, mareos, mialgias, trastornos digestivos, infecciones, trastornos respiratorios, circulatorios y digestivos (36).

De acuerdo con el personal de la salud que participó en el estudio, no hubo una respuesta suficiente de atención psicológica para abordar las afectaciones de salud emocional y mental, como lo mencionó una médica que estuvo atendiendo en Urgencias:

Pues a nosotros... a mí nunca me hicieron ningún tipo de seguimiento, a mí nunca me preguntaron yo cómo me sentía, jamás, o sea, era recibir turno y era: "hay 30 pacientes pendientes por ver", nunca un "¿cómo estás?" Claro, aquí ¿a quién le recibía yo el turno? pues a los pacientes... a mis compañeros, que estaban igual de quemados ¿sí?, y uno entregaba turno con la misma mala cara, con la misma mala gana... Y esas eran las entregas de turno, pero no, jamás yo recibí un seguimiento de nadie, ni formal, ni informal, ni nada, o sea, ni siquiera un compañero, y no es labor de los compañeros porque los compañeros estaban igual de agotados, pero ni siquiera un compañero, ni siquiera de un jefe, ni siquiera, o sea, a forma a título personal ¿sí?... Y para mí eso es muy llamativo, porque lo que te digo: claro, a uno lo protegieron biológicamente sí, me dieron los implementos, me priorizaron, me vacunaron; pero lo que nunca miraron fue esto (34).

En las actividades de recolección de datos también hubo personas del sector salud que reportaron que sí se desarrollaron ciertas acciones o actividades de cuidado psicológico, sin embargo, estas medidas se percibieron como insuficientes o poco efectivas. Por esta razón, hubo consenso en la necesidad de fortalecer los servicios de atención psicológica, tanto preventiva como terapéutica, que permita a las y los profesionales de salud acceder a espacios de escucha capacitados para profundizar en las condiciones psicológicas derivadas de la pandemia.

Por otra parte, en relación con las fortalezas de la respuesta de las y los profesionales de la salud a los desafíos de la pandemia, se identificó el esfuerzo constante para lograr un conocimiento oportuno de las características del virus. El rápido avance del contagio requería un esfuerzo doble por parte del personal: atender a las y los enfermos, además de actualizarse a diario en los avances científicos para contrarrestar los síntomas y frenar el contagio. Sobre lo anterior un funcionario de epidemiología del Distrito compartió:

Sí, digamos que ahí ayudó mucho el generar algo que fue muy valioso, el generar algunas redes de conocimiento. Que en eso la Secretaría [de Salud] fue muy activa y generamos muchas redes de trabajo lideradas por la misma alcaldesa: con las universidades; con las asociaciones, [como] la Asociación Colombiana de Infectología. Estuvimos muy cercanos con la academia, se hizo un grupo de expertos que apoyaban ese tema de conocimiento de qué estaba pasando: con Los Andes, con el grupo de [la Universidad del] Rosario, con el grupo de la Nacional. Entonces eso fue de mucha ayuda para ir teniendo lo más reciente de la información (37).



---

El mismo funcionario indicó que, a pesar de la presión que sugería la emergencia en Bogotá, se dio un manejo científico a la evolución de la enfermedad, el cual fundamentaba la toma de decisiones:

En Bogotá fue (con todo este grupo que hicimos) fue muy fuerte técnicamente, y permitió apoyar muchas de las decisiones que se tomaron cuando cerrábamos una localidad. Cuando hacíamos unas cosas, no era [de forma] caprichosa, detrás de eso había mucho análisis, mucho estudio, modelaciones matemáticas. El modelo que nosotros planteamos como Bogotá, el mismo Instituto Nacional de Salud lo tomó y dijo “sí” a las proyecciones que hacíamos de cómo se iba a comportar [el virus]; entonces detrás hubo mucho trabajo técnico para poder respaldar esas cosas. Y la credibilidad ya después que se logró con ellos, el secretario y la alcaldesa de estar ahí, siempre dando información para que la gente, pues, estuviera un poquito, y eso le quita a las personas incertidumbre (37).

De esta manera, funcionarias y funcionarios que participaron en el estudio señalaron que una de las mejores estrategias para afrontar la carga emocional que implicaba la atención de una emergencia sanitaria fue la prelación de la experiencia de las y los profesionales, el conocimiento y las acciones de planeación que les permitió tomar decisiones fundamentadas con argumentos científicos y humanos (37),(38),(39).

Cabe mencionar que un factor que hizo más compleja la experiencia de la atención de salud en el nivel operativo fue el escenario de confusión, mitos y falsas soluciones en relación con el virus. Esta situación se derivó de los altos flujos de información sin base científica que se difundieron entre la ciudadanía, a través de los medios de comunicación masiva y las redes

sociales. Era común que circulara información falsa: con tendencia a negar la existencia del virus; a incentivar prácticas nocivas para la salud como el consumo de cloro, óxido nítrico y otros productos; que avivara la especulación sobre la promoción del contagio por parte de las Entidades Promotoras de Salud (EPS) y el personal de salud; sobre la supuesta implantación de chips para el control de la población, o la inyección de aire por medio de las vacunas. Estos mitos obstaculizaban la atención médica y en ocasiones eran fundamento de agresiones a profesionales de la salud.

Para concluir este apartado, se destaca que el personal de la salud tiene presentes situaciones descritas como “insuperables”, recuerdos de personas que murieron, así como miedo y temor asociados a dichos pensamientos. Un consenso dentro de este grupo de referencia es que resulta fundamental la preparación del personal para momentos de estrés y tensión, y la capacitación en herramientas para darle manejo a estas situaciones, con el objetivo de prevenir el desarrollo de trastornos o enfermedades mentales.

Vale la pena mencionar que para las y los profesionales de la salud fue muy importante el reconocimiento que se les dio social y económicamente por su labor y sacrificio en la atención de la emergencia sanitaria, en la que sufrieron afectaciones físicas y mentales por la alta exposición al contagio. Sin embargo, otras personas que también desarrollaron labores fundamentales en la atención sanitaria expresaron que no recibieron el mismo reconocimiento: se trata del personal que estuvo al frente del proceso de vacunación; de las y los trabajadores de servicios generales que se encargaron minuto a minuto de higienizar las habitaciones y camas hospitalarias para prevenir el contagio; además de las y los camilleros, quienes, gracias a su esfuerzo y exposición a condiciones de alto riesgo, contribuyeron al manejo de la emergencia.

Relato

# Antes de la pandemia no estaba mejor que ahora

*Antes de la pandemia no estaba mejor que ahora. Yo era vendedora informal y tenía este puesto en la calle, donde trabajo todos los días para ganarme el diario. Solo somos mi hija y yo, ella tiene 15 años. Como la mayoría de las mujeres de Colombia me ha tocado criar sola. Terminé el bachillerato e intenté estudiar Derecho, pero solo alcancé a hacer cuatro semestres. Por la niña y la falta de ingresos no pude continuar. Luego me enamoré de otro hombre, nos fuimos para Ibagué, pero malas energías, no pude prosperar. Él me hacía brujería para manipularme. Se me caía el pelo. Al principio no creía en eso, pero un día asistí a una ceremonia de yagé y ahí me quité la venda de los ojos.*

*Me devolví para Bogotá sin saber qué hacer. Mi mamá falleció al poco tiempo. Se abrió un roto en mi vida. No volví a tener familia porque todos se alejaron de mí. Entré en depresión. Solo me quedé con mi hija. Como nunca me ha gustado quedarme quieta, comencé a vender naranjas en esta misma zona gracias a un amigo que me las regalaba. El sol, la intemperie, el agua y el frío me enseñaron que debía colocar una carpa para protegerme a mí y a la mercancía. Con un préstamo de gota-gota me fui para el madrugón a comprar para vender. Era frustrante al principio no vender. Pero luego logré despegar.*

*En el 2020 llegó la pandemia. Un mes antes, había llevado a mi hija a Melgar y me gasté los ahorros y las ganancias que tenía, sin saber lo que iba a pasar. Nos encerraron. Yo no lo aguantaba; no tenía para el arriendo y el mercado escaseaba. Salí a la calle y comencé a vender tapabocas con un maniquí. Fueron días difíciles. Yo sacaba mi burrito de escaparate con la mercancía y salía a las esquinas, pero enseguida nos llegaba la policía y eran salvajes. Me echaban la moto encima. Me amenazaban con un comparendo. Así que me cansé. Las calles desiertas, no había donde surtir porque todos los mayoristas estaban cerrados. Recuerdo mucho un día en que me*

*fui en bicicleta hasta San Façon, llegando a San Victorino. No había buses, ni gente, ni animales. No había ni habitantes de calle. Era la Ciudad Perdida. Yo me dije ¿qué estoy haciendo acá Dios mío?; dije, aquí me robaron, mataron o violaron. El centro de Bogotá estaba limpiecito, ni basura había. Ahí comencé a sentir verdadero miedo.*

*Tuve que ver cómo sacaban a la gente de las casas porque no tenían para pagar el arriendo. Tuve que escuchar a los maridos agrediendo a las vecinas, maltratar a sus hijos, aguantarse la pata y puño porque no tenían a dónde ir. Me dio Covid. De pensar que la niña se me contagiara se me erizaba la piel. Bañaba y limpiaba todo de alcohol. Terrible. Hacía sahumerios, exceso de alcohol y cloro, mi casa parecía un hospital por el olor. Eso hizo que me alejara de mis amigos porque no recibía visitas.*

*Me daba miedo salir a trabajar. No era capaz. Pero me intentaron quitar el espacio y tuve que pelear por él. Gracias a Dios los proveedores del Centro me fiaron para poder vender ropa. Y todo era muy raro. La gente cambió, cambiamos. Éramos bichos raros, una vaina fea. La distancia, todos super groseros, fue terrible. Yo le decía a mi hija: que triste que tú no vas a tener una infancia como los demás, nos toca estar aislados de todo el mundo. Pero ella tranquila mamá. Siempre ha sido mi más grande apoyo. Después de la pandemia quedé con mucha desconfianza. Me di cuenta quién es quién. Llevo soltera mucho tiempo, y es irreparable la cercanía con los demás. Como trabajo cerca a la cuadra de los moteles veo muchas cosas; me da asco. La pandemia nos enseñó lo sucios que éramos.*

*No soporto que la visita tome en mis pocillos; si alguien viene saco vasitos desechables para que no me ensucien mi locita. Los olores me afectan a kilómetros. Lucho por dejar el cigarrillo. Y aparte quedé psicosiada con el tema de mi hija, porque me había vuelto una mamá muy tóxica, sobreprotectora ¿Si a mí me pasa algo qué? ¿Si a mi hija le pasa algo qué? Solo estamos las dos.*

**Relato de vendedora en el espacio público**



## ► 1.7. Muerte, pérdida y duelo



El tema de la enfermedad y de la muerte como que rompió las barreras, [...] porque, pues, uno incorpora la muerte a la vida, pero no como algo que esté permanentemente ahí al acecho. [...] Pero el hecho de que se haya reproducido tanto el tema de la enfermedad y de la muerte es algo que a uno lo toca. Y más que la muerte, fue como yo poder ver a los que amo, que pueden llegar a ese punto de la muerte por infectarse o contagiarse con COVID. Y replantearme o resignificar también la relación: es el tiempo, los afectos, el cuidado hacia los que más amo.

Psicólogo clínico (39)

A lo largo de la pandemia, las personas residentes en Bogotá tuvieron experiencias de pérdida en los ámbitos familiar, laboral y social. Entre los hallazgos del estudio se destacaron tres tipos de experiencias: en primer lugar, las asociadas directamente con la muerte; en segundo lugar, pérdidas de relacionamiento social, es decir, de relaciones de amistad, familiares y sexoafectivas, así como de espacios de socialización, y en tercer lugar, pérdidas económicas por desempleo, cierre de empresas y negocios.

A raíz de la pandemia, la experiencia de la muerte adquirió una proximidad inesperada en la cotidianidad. La incertidumbre y el temor de enfrentar tanto el contagio del virus como la pérdida de un ser querido generaron un cambio en las y los participantes con relación a su **percepción y vivencia sobre la vida y la muerte**.

En el ejercicio de recolección de información se identificó que hubo más cercanía a la muerte respecto a lo habitual, lo cual condujo a un cambio de percepción sobre la misma: como

cercana, probable e inevitable. En este contexto se generaron vivencias de miedo, angustia, incertidumbre y tristeza, que en algunos casos se agudizaron por las condiciones de desconocimiento sobre el virus, aislamiento social y confinamiento, como se menciona a continuación:

Conocí personas que se murieron, un compañero de mi trabajo anterior que era uno de los doctores más queridos, se murió. Y ver todos los días las noticias de médicos que se morían, enfermeros que se morían, y yo decía, ¿en qué momento me muero yo?, o sea, ¿en qué momento nos morimos nosotros? (7).

Por otro lado, en los diferentes grupos de referencia se evidenció que la rapidez e imprevisibilidad con la que evolucionaban algunos casos del COVID-19 causaron la sensación de que la vida podía cambiar drásticamente de un día para otro, alterando la forma de afrontar la vulnerabilidad, y promoviendo la revaloración de las relaciones con otros y de la vida misma. En algunas personas, este cambio en la noción de la vida y la muerte condujo a una reflexión y evaluación de sus vínculos personales, el ritmo habitual y los afectos hacia su entorno, como refleja el testimonio de una estudiante universitaria:

La pandemia nos enseñó a no dar nada por hecho, o sea, cualquier cosa puede pasar: el vecino puede morir mañana, algún familiar... Entonces sí cambió eso, la manera en cómo yo reaccionaba cuando me enojaba, ahora ya lo hago como más: 'venga, arreglémoslo porque no se sabe qué puede pasar', y es algo positivo (40).

La pérdida por las muertes de familiares, colegas de trabajo y amistades se referenció como una de las vivencias más difíciles que atravesaron las y los participantes del estudio,

---

a causa del impacto emocional que implicó esta experiencia, suscitando sentimientos diversos como ira, desesperanza, negación, confusión, frustración, culpa, tristeza y, en general, dolor psíquico y físico.

Las secuelas derivadas de enfrentar la muerte y la pérdida de seres queridos, en especial cuando se trataba de múltiples pérdidas, se manifestaron en los relatos sobre cambios conductuales y en la salud mental. El caso de un estudiante, reportado por una docente, ilustra dichas secuelas:

Yo tengo un caso puntual de un niño al que se le murieron tres familiares. Yo recuerdo que ese estudiante era un niño que tenía un espíritu antes de la pandemia y ahora es un niño apagadísimo; era un niño supremamente juicioso y ahora sus pérdidas familiares se reflejan en su comportamiento (32).

De igual forma, en los relatos se encontró que la manera en que se dieron estas pérdidas familiares indujo un temor constante a que vuelva a ocurrir una emergencia de las mismas dimensiones, y se percibe un sentido de responsabilidad por el bienestar de los demás y la urgencia de estar presentes en momentos críticos. Los sentimientos asociados a la pérdida dejaron marcas emocionales duraderas, lo cual se evidenció en los grupos focales y entrevistas a profundidad, en donde se presentaron recuerdos muy vívidos, acompañados de llanto, al recordar los sucesos de la pandemia, mencionando molestias físicas o mentales asociadas a lo vivido. Así lo narran un profesional de acompañamiento a personas en habitabilidad de calle y un docente de colegio público:

Entonces los eventos posteriores que se presentan en mi vida, que son inevitables, me van a afectar a mí, más que a cualquier otra persona. Por ejemplo, la reciente muerte de mi mamá me afectó de una manera espantosa. Pero a mí me afectó eso de yo perderme, de

no encontrarme, ¿sí?, de necesitar una ambulancia psiquiátrica. Ese tipo de cosas yo no las había experimentado. Y ahora cuando pasó lo de mi mamá, tuve unos episodios muy graves, que yo digo, tienen una relación con eso, [...] entonces ahora todos esos eventos me afectan más que cuando no había pasado el tema de la pandemia”(41).

Muchas de las cosas que viví en esa época hoy en día las mantengo, [por]que fueron situaciones complicadas [sic]; una vez fui al médico y me dijo que el problema que me dio de gastritis y el problema estomacal, todo se debía al proceso mental que estaba afrontando, porque fueron muchas cosas: la pérdida de mis dos padres, de mi abuelo, fueron muy duras para mí. Pero yo trataba de hacer todo tranquilo, porque mi abuela todavía vive y me decía: ‘mijo, tranquilo que ellos están bien’(32).

Algunas/os participantes manifestaron rencor y rabia hacia el COVID-19 por las vidas arrebatadas, y también por casos de negligencia médica que desembocaron en muertes evitables. Estas situaciones generaron una sensación de injusticia ante la pérdida de sus seres queridos, tal como se evidencia en el relato de una auxiliar de enfermería que perdió a su pareja:

Entonces, ahí también como que fue otra etapa en la que yo tomé un poquito de rencor hacia la COVID, porque pues, me quitó tiempo con él y después me lo quitó a él, entonces la cuestión ahí es... digamos que en la raya. [...] Empezamos con todo ese proceso de cómo entender que se murió, bueno, también un proceso legal porque pues la situación no fue tanto como de COVID, sino los procedimientos que algunos doctores tuvieron con él, [...] como el hecho de, “¡ay!, si estás en esa profesión es para que cuides a las personas y no para que hagas ese tipo de cosas» (42).

## Relato

# El imperio del Covid

*En el año 2020 me encontraba trabajando en una clínica, con un contrato de medio tiempo porque yo seguía estudiando en la universidad, y allí dure año y medio, justo cuando empezó la pandemia. Comenzó como algo casual, algo está pasando en el mundo ¿les podemos subir las horas? me daban turnos nocturnos, 24/7, y prácticamente vivía en el hospital.*

*Fui asignada a la primera línea de Sala Covid y UCI y la experiencia fue dura. En el sector salud, comúnmente, hay esa conciencia de la muerte de un paciente, pero la pandemia sobrepasó eso. Era muerte tras muerte. Al mes del primer caso, estábamos ahogándonos en pacientes que no respondían, parecían a punto de irse para sala de recuperación, y al otro día sufrían un shock. Las cosas colapsaban. A veces el hospital se quedaba sin respiradores, y no faltaban las peleas entre doctores y enfermeras, incluso porque había escases de recursos. Yo estaba cansada, eran turnos de 72 horas y en los pasillos dormían las auxiliares y médicos. En una semana se murieron 150 personas. Ver las bolsas negras creaba una sensación rarísima.*

*Mi abuelo, la persona con la que mejor me he podido llevar en esta vida, tenía una enfermedad autoinmune, así que el riesgo era mayor. Recuerdo que cuando llegaba a casa, para no exponer a mi familia, me enviaban a la habitación del fondo y me dejaban la comida en una ventanita, sin contacto de ninguna clase. Era triste y extraño escuchar a tú familia en el comedor, compartiendo, y tú ahí...*

*Renuncié al hospital. Me estaba afectando. Había días en que solo llegaba a mi casa a llorar por: mis pacientes, la convivencia, situaciones turbias, y más encima se demoraron tres meses sin pagarme el sueldo y yo era la que costaba el arriendo y los servicios en mi hogar. ¿Cómo sobrevivir así? La ansiedad comenzó a iniciarse en mi vida.*

*Por cosas de la vida, una persona ajena que tenía Covid visitó a mi abuelo, y todos terminamos contagiados. Él se puso mal, saturaba bajito, y con las terapias respiratoria no lo pude mantener. Necesitaba un doctor. Los llevamos al hospital donde yo trabajaba, confiando que tendría una atención "mejor", pero pasó lo contrario. Mi abuelo murió. Primero tuve rencor contra el Covid:*

*me quita tiempo con él...ahora me lo quita a él... Cuando estaba en el hospital cuidándolo, ya no me importaba si me contagiaba o no...Bingo: me enfermé de covid. Por el estrés y mis defensas bajas, me dio durísimo. Un día me levanté al baño y luego me desperté en una ambulancia. Me había desmayado. Duré tres semanas en una UCI. Salí con una bala de oxígeno y asistiendo a terapias respiratorias. No hubo tiempo para el luto. Velación. Las cenizas. Tampoco pude ir al entierro: no me pude despedir de él.*

*Ahora todo esto lo veo como el imperio del Covid, porque arrastró un montón de cosas. Me explico: en la pandemia el gobierno empezó a dar dinero por paciente-covid y todas las salas de urgencias se convirtieron en salas-covid, con el fin de recibir más usuarios. Así empezaron a lucrarse, aprovechándose de la situación.*

*Siento que yo he cambiado mucho después todo esto. Antes de la pandemia, era muy cerrada en mis emociones, luego comencé a permitirme llorar, y después desemboqué en una depresión mezclada con ansiedad generalizada. Todavía tomo pastillas para poder dormir. Mi cerebro estalló, vivía en piloto automático: fría, esquiva, sonreía por mera cortesía, hasta que busqué ayuda y la encontré en terapia psicológica. En ese espacio mi psicólogo me enseñó hacer el duelo por la pérdida de mi abuelo y de mí misma: la auxiliar de enfermería que dejé de ser. Me ayudó a gerenciar mejor mis emociones. Fue un proceso de aprender a sentirlo y no sufrirlo, hacer las paces con la muerte.*

***Relato de auxiliar de enfermería que trabajó en UCI durante la pandemia***

---

Igualmente, se evidenció un sentimiento frustración por la imposibilidad de acompañar a los seres queridos en sus últimos momentos de vida, especialmente cuando estos estaban en una UCI, donde los protocolos restringían las visitas y las llamadas. Esta frustración también desencadenó otros sentimientos, como culpa o arrepentimiento, por no haber aprovechado más el tiempo con los seres queridos antes de su fallecimiento, o por no haber aplicado suficientes medidas de bioseguridad para evitar el contagio. Esto se puede evidenciar en el testimonio de una mujer cuidadora de la localidad de Ciudad Bolívar:

Si, eso me afectó mucho y eh... duré más de un año en [llanto] donde en todo momento lo veía... soñaba mucho con él. No tenía paz porque sentía que no, [silencio] no... le había dado el valor que él se merecía, [llanto] y que la última vez que nos habíamos visto, él estuvo conmigo, que fue como ocho días antes de que nos mandaran a confinamiento (43).

Específicamente frente a estas circunstancias, varias/os trabajadores de la salud experimentaron frustración, impotencia y culpa, porque no pudieron estar con sus familiares en sus últimos momentos de vida, ni garantizarles una mejor atención médica, debido a sus responsabilidades profesionales. Así lo expresó una auxiliar de enfermería de un hospital privado:

Era una incertidumbre el tener a mi papá en otro hospital y yo luchando aquí... con mis compañeras y todo el mundo, dando lo mejor de nosotras para salvar las vidas de otras personas, cuando mi papá se estaba muriendo en otro lado... [llanto]. Yo no pude estar al lado de él. Fue algo bastante difícil, una situación que yo sé que aún estoy mal, que es algo que me marcó bastante, bastante, muy marcada. Es como tú regresar y sentir como rabia (29).

A este tipo de situaciones se sumó la dificultad para realizar rituales de despedida. Al respecto, Magaña Loarte, Bermejo, Rodil y Villacieros (44) mencionan que los rituales de despedida, sean simbólicos o no, son cruciales en el proceso de duelo para familiares o allegados/os, siendo incluso terapéuticos. Esto dado que los rituales son un primer paso para comprender la irreversibilidad, irrevocabilidad e inevitabilidad de la muerte; posibilitan un nuevo sentido al fallecimiento; proporcionan un espacio para la expresión y validación del dolor, y son un punto de convergencia para la red de apoyo.

Las y los participantes manifestaron que las restricciones impuestas frente a casos de fallecimiento por COVID-19, las cuales restringían los ritos funerarios tradicionales de acuerdo con la cultura y fe de cada familia, profundizaron el dolor por la pérdida asociada a la muerte (46). La ausencia de un cuerpo para brindar tributo a la persona fallecida generó sensaciones de despedidas inconclusas y negación frente a la pérdida en estas circunstancias, como lo explicó una auxiliar de enfermería en un grupo focal:

Cuando me entregaron a mi papá, no sé ni siquiera si es mi papá el que está ahí. De pronto en cuatro, cinco años, cuando lo saquemos, sé si era mi papá o no era mi papá. Por eso no me nace ir al cementerio, ¿para qué?, no sé si es él. Cuando nos lo fueron a entregar nos cambiaron hasta los papeles, nos habían dado la historia clínica que no era de mi papá. Metieron dos personas en un mismo funeral y se lo llevaron. No nos pudimos despedir (29).

En esta misma línea, otro aspecto que alteró la forma en que las personas enfrentaron las pérdidas de seres allegados fue la restricción del contacto social, porque impidió crear un espacio de acompañamiento colectivo para validar la pérdida y limitó el soporte que podía brindar la red de apoyo de las personas que estaban

---

viviendo el duelo. La ausencia de encuentros con amistades, familiares o conocidas/os afectó la generación de vínculos para compartir el duelo, lo cual se aprecia en el relato de un estudiante universitario:

En medio de la pandemia falleció mi abuelo, y pues a mí abuelo lo tenían acá en Bogotá, pero toda la familia es de la zona rural al sur del Huila. Entonces, yo estaba en clase, precisamente, cuando le hicieron toda la ceremonia para el funeral y pues no pude asistir, mis tíos no pudieron asistir. También falleció mi primo, luego en un accidente, y tuve que apoyar a mí tía y pues bueno, estuve ahí con esas situaciones fuertes... y precisamente la cuestión de la pandemia no facilitó ni el desplazamiento, porque a mí abuelo lo querían enterrar allá en el pueblo y no podía trasladarse por varias complicaciones. [...] Después más complicado, porque la familia estaba separada, no se podía, cómo [si] por teléfono era complicado, no es lo mismo el apoyo, pues cuando hay una pérdida se siente un montón, pero estábamos cada uno separados y entonces era muy difícil (46).

A pesar de que los procesos de duelo se vieron afectados negativamente por estos factores, en los relatos de las y los participantes en el estudio también se identificaron aspectos que facilitaron el trámite del duelo. Uno de estos aspectos fue la intermediación de personal médico y de enfermería para propiciar una despedida entre los pacientes y sus familiares, ya que redujeron los posibles sentimientos de culpa. Las personas también reconocieron el aporte de la atención particular por parte de profesionales de psicología para abordar y acompañar el duelo, puesto que esta práctica les permitió transitar el dolor y los sentimientos asociados a la pérdida. Según algunos relatos, por medio de la terapia las personas pudieron superar los periodos de negación y desbloquear sentimientos de tristeza que reprimieron previamente.

A propósito de esta atención en salud mental, es importante señalar los efectos positivos de los procesos de acompañamiento que realizó la Secretaría Distrital de Salud, en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas, a través de la *Guía para el apoyo psicológico inicial en casos de duelo por hospitalización en UCI, aislamiento preventivo obligatorio de adultos mayores y fallecimiento ocasionado por COVID-19* (47). Un profesional de la secretaría describió el acompañamiento a procesos de duelo de la siguiente manera:

Tuve muchos casos en los cuales la persona quedó sola, mucho adulto mayor solo, entonces en esa medida el hecho de que uno los llamara, estuviera pendiente... porque tenía que hacer tres sesiones en el mes, y en esas tres sesiones lo que se buscaba era como orientar e identificar situaciones de riesgo, donde, por ejemplo, había personas que tenían ya una enfermedad de base que no lo habían reconocido, que lo habían abandonado frente al proceso de duelo, pues exacerbó la sintomatología depresiva, ansiosa... Entonces, era como una manera de llegar a esas personas en medio de la virtualidad, brindar la contención y permitirles que pudieran buscar esa ayuda a tiempo, porque algunos no lo veían importante (48).

El segundo tipo de pérdida que más se destacó en los grupos de referencia está ligada con las relaciones sociales, familiares y sexoafectivas. Se reportaron casos de ruptura estrechamente vinculados con la falta de espacios para compartir en pareja, sin los hijos u otros familiares; el descubrimiento de infidelidades, y la convivencia prolongada en el hogar. Este último punto lo ilustra el testimonio de una docente de un colegio privado:

De mi círculo cercano, yo tengo 12 perso-



---

nas que se separaron postpandemia, una docena. Cuando el último me avisó cumplí la docena. Y creo que es que todos juramos que nosotros sabemos convivir en sociedad y es una gran mentira. Es súper fácil decir que el matrimonio de uno es divino cuando uno se ve cuatro horas despierto al día, y los fines de semana tú te vas a jugar tenis, yo me voy a trotar, me voy con mis amigas y bye bye. Realmente aprender a convivir en familia puede traer unas consecuencias muy, muy grandes (24).

Adicionalmente, los grupos de referencia pertenecientes al sector educativo, como docentes y estudiantes, mencionaron la pérdida de amistades y espacios de contacto, encuentro físico y socialización (como lo eran las aulas de clase, los colegios o las universidades), debido a que las actividades académicas solo se desarrollaban virtualmente. Al respecto otra docente de un colegio privado narró:

Tal vez todo eso de hacer una clase a través de un computador, diseñar y avanzar en el desarrollo de un video, no... no fue tanto eso, fue la distancia que me tocó vivir. [...] Todo cambió, las clases cambiaron, la tecnología, todo cambió, muchas cosas para bien, muchas cosas para mal, lo llamaría así: temor, dolor y cambio (24).

Finalmente, las y los trabajadores del espacio público, oficinas, supermercados, entre otros, plantearon un tercer tipo de pérdida: la económica. Algunas de estas personas tuvieron que cerrar sus negocios, perdieron sus trabajos o enfrentaron prohibiciones para trabajar en lugares como el espacio público, lo cual les generó sensaciones de estrés, ansiedad, terror y preocupación. Esta experiencia está relacionada con la variación de las condiciones económicas que se describió en el primer apartado de este capítulo.

En conclusión, se observó que los grupos de

referencia tuvieron que lidiar durante la pandemia con múltiples pérdidas, como el fallecimiento de familiares, la falta de espacios de bienestar y socialización, la pérdida de los medios de subsistencia, rupturas de vínculos y, en general, la pérdida de la “normalidad”. En algunos casos, el duelo se volvió crónico y sobrepasó la capacidad de respuesta individual, colectiva e institucional para el manejo emocional.

Las fronteras entre el espacio público y privado se delimitan entre la experiencia de las relaciones humanas que se dan en el ámbito colectivo (a la vista y oído de los demás) y la experiencia bajo el estricto conocimiento inte-

Relato

# Para el duelo no hay un cronómetro

*A veces una llamada pude salvar una vida. Recuerdo esa intervención que hice con una familia que habían perdido a su madre durante la pandemia, y uno de sus hijos estuvo tan afectado que pensaba seriamente en suicidarse; de hecho, ya lo había intentado un par de veces. Él no estaba en el país, se había ido en busca de mejores oportunidades laborales con el anhelo de llevarse un día a su mamá y poder recompensarle todo su cariño. Pero el Covid les dio un duro golpe. Afortunadamente pudimos hacerle contención emocional y mejoró.*

*En otra ocasión, llamé a una casa para consolar a una familia por la pérdida de su querido hijo, pero no sabían nada, y terminaron enterándose por mi llamada. Otro caso fue cuando llamé a un padre para ofrecerle mi acompañamiento profesional debido a la muerte de su hija, pero su hija, me dijo él, estaba vivita y coleando, completamente sana, no había fallecido; un error en la base de datos del sistema.*

*Yo soy psicóloga especialista y trabajo para el Distrito de Salud de Bogotá, y mi experiencia fundamental es acompañando a las personas en el dolor. El dolor de una pérdida afectiva. Durante la pandemia se incrementaron los casos por todas las muertes que hubo, y mi labor consistía en realizar procesos de duelo con familias de forma virtual o visitas domiciliaria, cuando había la ocasión. Debía realizar al menos tres sesiones con cada una de al menos dos horas, tiempo que en realidad nunca se cumplía porque para el duelo nunca hay un cronómetro.*

*En la pandemia se incrementaron los casos de ansiedad, depresión, violencia intrafamiliar, ataques de pánico e intento suicida, sobre todo por lo que significa una dicotomía que para mí es clave:*



*soledad y separación. Separación por los otros, por una misma, por un estilo de vida. Los procesos de duelo traen eso, negación, ira, resignación y aceptación. Y no era fácil. El Covid también trajo consigo nuevos retos en los duelos. La clave cuando trabajas con personas es entender el valor de las pérdidas, reales y simbólicas en la vida de las familias. Lo simbólico es entender que hay una representación que son esas cenizas, o esas prendas, o esos objetos encadenados y de los cuales hay que aprender a desprenderse, sino se quiere caer en una negación patológica, que es una forma de autoengaño arraigado en un temor al abandono y el sentimiento de culpa. Sentimientos que no les permiten a las personas seguir con su vida; transformarse o reinventarse. No es tan simple.*

*Durante la pandemia yo trabajaba el soporte y bienestar emocional, los riesgos psicosociales, la sobrevivencia tras las pérdidas, lograr un estado de conciencia donde entendiéramos que somos pasajeros, que ninguno dura ni es para siempre, que somos transitorios y que eso está bien, porque si ya viniéramos al mundo con una fecha de caducidad inscrita a nuestros ojos, no soportaríamos el peso de la existencia ni le daríamos valor a los pequeños y grandes momentos que componen nuestras vidas. Eso hace parte del misterio. Por eso tras el Covid, muchas personas terminaban con secuelas complejas en su salud mental, la cual se vio significativamente afectada.*

*Mucho se habla de salud mental, pero sigue siendo insuficiente los esfuerzos en este campo, de parte del sistema y los poderes gubernamentales. No se hace un ejercicio eficiente de prevención e identificación de problemas mentales, tampoco una adecuada intervención psicológica por la falta de recursos. Las personas no confían, se sienten desprotegidas y abunda la estigmatización.*

**Relato de profesional en psicología clínica del Distrito**

## ► 1.8. Vivencias del espacio público, privado, urbano y rural



rior de las personas. Así, lo público se entiende como el entorno común de reglas sociales manifestadas de forma abierta dentro de un grupo, mientras que lo privado se relaciona con el entorno cercano del individuo y su familia, donde está lo secreto y lo íntimo (49). En el espacio privado existen vínculos emocionales en virtud de la cercanía afectiva y en el espacio público existen relaciones de poder que disciplinan a los individuos (50). Los roles sociales desempeñados en espacios privados difieren de los roles en los espacios públicos; en consecuencia, las demandas físicas, cognitivas y afectivo-emocionales también son diferentes.

Como destacan Torres, Calmon y Hostensky (51), el uso de los dispositivos digitales y el consumo de la virtualidad en la pandemia, donde fenómenos como el teletrabajo y el estudio a distancia se incrementaron significativamente, generaron la necesidad de repensar el espacio público/privado desde una nueva perspectiva, donde sus fronteras se transforman. En relación con este tema, un médico psiquiatra de una universidad privada describió lo siguiente:

Situaciones de habitabilidad muy complejas. Entonces, sin duda impactan las condiciones de vivienda sobre la salud mental, o sea, el espacio. El ser humano necesita espacio, y no es lo mismo estar encerrado en un dúplex en el norte a estar en una casa de cuatro paredes; hay dinámicas muy distintas. La militarización estuvo específicamente en zonas de Bogotá, que estuvieron más militarizadas que otras. Los espacios verdes del sur de la ciudad son limitados. Lastimosamente, sí se ve la distribución de la ciudad, en términos de espacios verdes

mucho más dirigidos hacia el norte (25).

Otro concepto igualmente importante en la experiencia de la pandemia, debido a su impacto en la salud mental, es el dominio que hace referencia a la vecindad o vivienda, los servicios públicos y la infraestructura comunal donde habitan las personas. Según la Comisión Lancet sobre Salud Mental y Desarrollo Sostenible (1), las características del vecindario y el entorno próximo influyen en la salud mental de las y los ciudadanos, independientemente del nivel individual de adversidad económica. En el contexto de una creciente urbanización y pauperización, la extensión de la pobreza urbana – asociada a mayores niveles de exposición a la violencia y las sustancias psicoactivas–, y la experiencia de vivir en barrios marginalizados y superpoblados, se plantean como grandes desafíos para la salud mental (1).

Con base en estos conceptos, uno de los hallazgos más reiterativos en los grupos de referencia fue **la reacomodación y adecuación del espacio privado del hogar** a partir del confinamiento obligatorio y las sucesivas cuarentenas, casi siempre motivado por la incorporación del teletrabajo para algunas personas adultas y del estudio virtual para niños, niñas, adolescentes y jóvenes.

Esta reacomodación implicó, en algunos casos, la alteración de las configuraciones habitacionales en las viviendas. Con estos cambios surgieron percepciones de incomodidad; tensiones por la dificultad para gestionar el ambiente físico y social; desacuerdos y molestias por situaciones de organización improvisada; así como frustración, sensaciones de irritabilidad, ansiedad y estrés por el ruido, la pérdida de hábitos de higiene y la falta de acceso a recursos tecnológicos.

Estas situaciones pueden entenderse como producto de un trastocamiento de las funciones habituales dentro del hogar, donde lo público se privatiza y lo privado se publica, debilitando los límites entre lo que está adentro y afuera del espacio subjetivo (51). Uno de los hallazgos del estudio en este sentido es que los grupos poblacionales más afectados por los cambios en la configuración espacial del hogar fueron las y los docentes y cuidadoras, al igual que los niños, niñas, adolescentes y jóvenes escolarizados o universitarios.

Así mismo, el análisis de la información indica un factor revelador en la experiencia de la mayoría de las y los participantes, relacionado con la **incorporación de dispositivos tecnológicos y digitales en la experiencia de habitabilidad del espacio privado**. Esto puede entenderse como una expansión del consumo de la virtualidad, y se relaciona con la carga psicológica del encierro físico y las nuevas tendencias culturales de interacción digital, que ya existían antes de la pandemia, pero que se vieron intensificadas y aceleradas por las restricciones del confinamiento obligatorio.

Por lo tanto, en algunos relatos sobresalían casos en donde la capacidad de tener y compartir un dispositivo tecnológico (celular, computadores, tabletas), así como el acceso a internet, podía ser fuente de tensiones y angustias en los miembros de una familia, sobre todo, entre hermanas y hermanos.

De igual manera, dicha habitabilidad alterada por las circunstancias de la pandemia y el confinamiento afectó aspectos claves de las relaciones familiares en el espacio interno del hogar, tales como la privacidad de sus miembros, las relaciones de pareja, la convivencia familiar, las pautas de crianza parentales, el establecimiento de fronteras entre el trabajo en casa y la gestión del hogar, y la forma de oxigenar el impacto emocional del encierro. Al

mismo tiempo, en los casos en que hubo miembros de la familia contagiados de COVID-19, fue necesaria una reacomodación del espacio privado para el autocuidado y el aislamiento, delimitando las zonas de contacto social para disminuir los riesgos de contagio. Las nuevas fronteras dentro del hogar traían consigo dificultades para la libertad de “sentirse como en casa”, como explica un docente de un colegio público, participante en un grupo focal:

Digamos que era un apartamento de unos 55 metros cuadrados, tenía dos cuartos y un cuarto lo adaptamos para que yo pudiera trabajar en todo lo que tenía que ver con mi coordinación, y la sala era un lugar específico para mi pareja. Entonces sí hay esa diferenciación, pero solíamos romper con el espacio de trabajo e irnos de pronto al cuarto principal, o compartir en la sala, por muchas razones: a veces porque queríamos estar juntos, y en otros momentos quizá también porque, aun cuando adaptábamos el espacio, no había la economía suficiente, ¿cierto? Entonces buscábamos también una comodidad barata y después vimos las repercusiones de eso, en nuestros hábitos afectuosos (52).

En el caso de las personas que vivían en conjuntos residenciales, fue necesario regular el uso del espacio público de la vecindad. Algunas/os participantes hablaron de parámetros de organización administrativa para que las y los residentes de los conjuntos pudieran utilizar salas, terrazas, gimnasios y parques infantiles, bajo un estricto control de distanciamiento físico y medidas de bioseguridad, con el fin de beneficiar la salud mental de las familias durante el confinamiento. Esta fue la vivencia de una psicóloga clínica de la línea de escucha y orientación del Distrito:

En mi edificio sí se generaron unos horarios de acceso, ¿a dónde?, pues en el último piso. Arriba hay una pista que es de trote y

---

hay unos espacios para practicar otras cosas, y están al aire libre, entonces el edificio organizó. Poco a poco, después también iban organizando unos horarios en el gimnasio, pues había que ir obviamente con el tapabocas, con el gel, había que utilizar todo de manera correcta, había que dejar todo limpio, todo de manera organizada. Pero [...] las personas teníamos la posibilidad de bajar al gimnasio, de poder estar ahí (53).

En el ámbito público de los conjuntos residenciales y los barrios se identificaron dinámicas en los dos extremos del espectro de la convivencia: algunas personas dieron testimonio de la pérdida de vínculos sociales por indiferencia ante casos de contagio, rumores desacreditadores, conflictividades producidas por el pánico generalizado y actitudes individualistas de las y los vecinos; otras personas reportaron todo lo contrario, con relatos sobre una genuina construcción de vínculos sociales con las vecinas y los vecinos a raíz de las vicisitudes de la pandemia, los cuales sirvieron para afianzar lazos de solidaridad, cooperación y cuidado colectivo, convirtiéndose en redes de apoyo muy importantes que perduran en la actualidad.

Yo siento que en pandemia los vecinos que no nos conocíamos nos empezamos a conocer. Yo escuchaba al lado de mi apartamento: “se murió mi vecino y fue COVID”. Y yo nunca en mi vida hablaba con mi vecina, porque era una señora adulta, no se prestaba de pronto para hablar, ahora somos las mejores vecinas. Cuando yo escuché que ella estaba así, como en su duelo, el señor ni siquiera se lo dejaron ver en el hospital, lo enterraron de una. Ella lloraba todos los días, y yo un día me tomé el atrevimiento y fui y golpeé la puerta, yo pregunté, yo llamé a portería y le dije: “¿cómo se llama la señora del 503?”, me dijeron: “se llama Rosa”. Y yo fui y golpeé: “doña Rosita, ¿cómo está?, ¿cómo me le ha ido?”, y dice: “yo no quiero

hablar con nadie”. Le dije: “yo no vengo aquí a decirle nada, yo simplemente quiero que usted tenga una o dos amigas” (porque ella quedó sola), “yo soy su vecina, le invito un café a mi casa, hablemos” (53).

Ahora bien, otro elemento de suma relevancia en los hallazgos del estudio fue la precariedad económica y el deterioro de las condiciones habitacionales, los cuales aumentaron durante la pandemia. Muchos de estos casos tienen que ver con familias que vivieron en condiciones de hacinamiento por la falta de recursos e ingresos económicos, así como medidas de protección ante los avances del contagio.

Se relataron experiencias de familias nucleares que se mudaron a vivir con sus familias extensas, otras familias de amigas/os o personas desconocidas, como producto de la crisis suscitada por la pandemia, lo que conllevó a circunstancias conflictivas de convivencia. A continuación, se cita la narración de una profesional que hizo trabajo social realizando visitas domiciliarias a familias durante el primer confinamiento obligatorio:

Hice como unas diez [visitas]. En una casa viven, no sé, primera, segunda, tercera y cuarta generación. O sea, increíble, pero vive mucha gente, entonces yo pensaba en ese momento: ¡bueno! y aquí se enferma alguien y..., o sea, toda la familia se enferma, porque ¿cómo los separan para que no se contaminen? [...] Creo que uno de los mayores factores de salud mental es la pobreza: porque cuando hay pobreza hay hacinamiento... porque cuando hay pobreza no hay buena alimentación, porque cuando hay pobreza hay maltrato. O sea, mira las estadísticas: ¿en dónde hay índices de maltrato?, ¡en los lugares marginalizados! ¿Por qué?, porque viven cinco en una habitación. Eso enloquece a cualquiera, eso le daña la cabeza a cualquiera, y es lo que pasa en los

### lugares marginalizados (54).

En la información analizada también se encontraron casos de personas que se quedaron viviendo a la intemperie durante el confinamiento, al verse marginadas por las circunstancias sociales (principalmente adultas/os mayores y personas habitantes de calle). En los grupos focales realizados con las y los profesionales psicosociales que atendían a estas poblaciones se hizo hincapié en el grado de vulnerabilidad que tienen después de haber atravesado necesidades de habitabilidad incrementadas en la pandemia. A esto se suman otros factores de riesgo concomitantes, como el consumo de sustancias psicoactivas, la baja o nula red de apoyo, el desempleo y la ausencia de proyectos de vida. Esta situación de vulnerabilidad fue evidente en el relato de una profesional de acompañamiento a adulto mayor:

Entonces nos contaban: “es que yo vivía en una pieza, pero no tengo para pagar arriendo y la señora me sacó y se quedó con mis pertenencias como parte de pago por estos dos meses que no tuve cómo pagarle”. Entonces, era el proceso de escucharlos y decirles: “¿nunca ha estado en un hogar de centro transitorio?”, pero de igual manera era ofrecerles... la tranquilidad de decirles: “aquí va a tener un plato de comida, una compañía... no tiene necesidad de pagar” (55).

En lo concerniente al espacio público, cabe resaltar que este adquirió un nuevo sentido a raíz del distanciamiento social y el confinamiento obligatorio. En primera medida, se identificó como un lugar clausurado para el tránsito físico, los recorridos y la comunicación interpersonal. Ya no había la libertad para desplazarse por las calles, y el exterior comenzó a identificarse como un espacio hostil y amenazante, un escenario sin garantías para habitar, un no-lugar, vacío y extraño para las y los habitantes que usualmente lo frecuentaban.

El espacio público rápidamente fue interpretado como un escenario de riesgo, contagio, hábitat del virus y todo aquello que no brinda seguridad, pues esta solo podía encontrarse en el espacio privado, gracias al aislamiento. La emoción más reportada por los participantes fue el “miedo”: temor a salir a las calles por el significado trágico de un posible contagio del virus. A continuación, se presenta el testimonio de un trabajador del espacio público, acerca de cuando salía a las calles en los primeros días del confinamiento obligatorio:

En lo personal, yo vivo muy cerca de donde trabajo (en la zona comercial de Kennedy), y salir un día al mediodía, a la calle, y que se escuchara el sonido del papelito que lo lleva el viento... ni una persona, ni un animal, ni un carro, nada. O sea, eso fue como la película de 2012, por decirlo así. Fue algo que no se imaginaba. No había habitantes de calle, no había nadie en las calles, o sea, era increíble. A las siete de la noche prendían esas alarmas (en los barrios), que eso daba un miedo... En lo personal, yo sentía mucho miedo cada vez que a las siete de la noche prendían esas alarmas de que no podía haber nadie en la calle. O el día que llegó ese carro como que fumigaba, y todos en las casas vimos eso y como: “¿qué hacemos?, ¿nos salimos?, ¿nos entramos?”. O sea, las ventanas cerradas y eso fumigándolo, esa gente usaba ropa blanca y sus caretas y todo. Yo la verdad creí que después de esos momentos la vida no iba a volver a ser igual nunca (4).

La implementación del confinamiento obligatorio permitió que el espacio público quedara bajo el control (a veces relativo) del Gobierno nacional, que creó regulaciones específicas para restringir las interacciones sociales que amenazaran con incrementar los contagios del COVID-19. Esta experiencia se vivió como un hecho sin precedentes, extraordinario, donde



---

la cotidianidad se vio alterada en la integración de nuevas reglas de habitar lo público, principalmente en relación con el abastecimiento de alimentos y los servicios de atención básica. Un ejemplo de dichas reglas fue la instauración de horarios concretos para comprar alimentos de acuerdo con el número del documento de identidad, lo cual se conoció como “pico y cédula”, y la alternancia para transitar el espacio público de acuerdo con la identidad sexual, lo cual se denominó “pico y género”.

También rigieron toques de queda y se tomaron medidas del orden civil, como multas para los ciudadanos que no cumplieran las normas del confinamiento, lo cual desató impactos significativos en el estado de ánimo de los residentes de la ciudad. Las salidas al exterior fueron reguladas con nuevos parámetros para potenciar el distanciamiento físico permanente, y solo se hicieron excepciones en casos de urgencias médicas y para el gremio de trabajadores de la salud, servicios esenciales, vigilancia y ventas en supermercados. Frente a la pregunta de cómo recordaba esta etapa de la pandemia, una coordinadora de la línea de escucha y orientación del Distrito respondió:

Entonces me acuerdo de eso, me acuerdo mucho, como [de] las alocuciones presidenciales donde salían todos los ministros diciendo que se iba a alargar un poco más. Recuerdo mucho el tema de los “pico y cédulas”, que generaron mucha indignación en algunos sectores, un poco, pues por estas medidas diferenciales de hombres y mujeres, los hombres salen un día, las mujeres salen un día. [...] Los toques de queda me impactaron mucho, como toques de queda de: “no puede haber gente después de las diez de la noche”. Hubo un momento donde estaba la ciudad militarizada, que a mí me parecía también muy violento ¿no?, ya estábamos viendo un escenario físico, digamos de inmovilidad (18).

Por otro lado, se evidenció una **parálisis momentánea en la producción económica y el consumo de bienes y servicios** debido al confinamiento, ya que se cerraron locales y centros de comercio de todos los sectores de Bogotá, y tanto la economía popular como la economía formal quedaron debilitadas por un periodo de tiempo considerable: restaurantes, bares, almacenes, bancos, fábricas y puestos de ventas en la calle dejaron de operar.

Así mismo, se generaron distintas afectaciones para las personas que usualmente hacían uso del espacio público para trabajar y buscar un ingreso económico (principalmente los vendedores y vendedoras informales, y las personas habitantes de calle), quienes se sintieron particularmente desprotegidas, vulnerables y discriminadas al verse privadas de transitar y vivir por los lugares habituales. De hecho, se reportaron casos de maltrato por parte de la Policía.

Así, el hábitat común (las calles, los comercios) que servía de refugio y nicho de interacción social y afectiva se convirtió en un escenario de soledad y desamparo, donde el peligro y la escasez agudizaron las problemáticas de subsistencia para cierta parte de la población. Sobre este panorama, una profesional que trabajaba con una organización social distrital para el acompañamiento de la niñez y la juventud comentó:

Allá donde yo trabajaba, el tema de la violencia se incrementó y lo que notamos era eso: que la misma comunidad, aunque a veces sea negativa, pues es un sostén, y los programas de las diferentes entidades también lo eran. Entonces, el hecho de que ya no hubiese nadie en la calle, y que los programas estuvieran, pero de otra forma, también generó en ellos como un aumento en esa sensación de soledad y de fragilidad. Y también hubo mucha violencia por parte

---

de la Policía hacia ellos y se vieron también algunas vulneraciones, y pareciera que no pasa nada, no había quien los protegiera (56).

En este mismo sentido, otro profesional psico-social que trabajó realizando acompañamiento a habitantes de calle de la ciudad recalcó:

Y fue luego verlos, a los que se quedaron por fuera, y de pronto entraron solo un par de días o ni siquiera lo lograron. Verlos tan deteriorados y tan acabados, porque pues una cosa es cuando todo está abierto, que el que está en la calle, pues consigue camarote, va y retaca y consigue la comida, va y consigue el consumo. Pero si todo está cerrado, ¿a quién le pides? A nadie. Y entonces la calle es hostil, y en ese momento de pandemia fuerte, yo salía y la calle estaba completamente vacía, ni ladrón había en ese momento, y ver a los míos, a mis ciudadanos, es que no hay nada si no podemos (57).

Adicionalmente, con la soledad en las calles se **incrementó la inseguridad**. En los relatos de las y los participantes del estudio sobresalen casos de personas habitantes de calle, tanto jóvenes como adultas, que al verse privadas de sus formas habituales de subsistencia (que muchas veces incluían el consumo abusivo o dependiente de sustancias psicoactivas), comenzaron a delinquir con atracos y hurtos a los pocos transeúntes que se encontraban en las calles durante el confinamiento obligatorio. Esto generó una sensación de peligro y desconfianza en el espacio público por los riesgos de agresión, violencia y crimen, como lo describió una gestora social de una entidad del Distrito:

Lo que pasa es que esos chicos se pusieron a hacer cosas que no debían, porque

como no había gente... entonces, ¿a quién le vendemos? Entonces, ya usted veía, digamos, al parcerito que se subía a improvisar en el bus, así fuera sin parlante, ya lo veía, digamos: “no pues espérese yo pido el celular”. La inseguridad aumentó en todos los puntos. Por lo menos mirando la calle 22, una vez me enviaron para allá precisamente, porque colocaron un lavamanos ahí, que no duró mucho porque se llevaron todo el lavamanos por partes. [...] En las personas [había] desconfianza hacia los demás, [estaba] aislado completamente el que se quería cuidar. Aparte de la agresividad, digamos que cuando te hablo de agresión, también la agresión física, comenzaron más como a pelearse por el pedazo, digámoslo por el territorio, porque pues imagínese un vendedor con un bus de tres personas, y bueno, le sirve, pero si hay días esperando el mismo bus... Entonces se agarraban y, mejor dicho, eso pasó de todo (58).

En lo que se refiere a la experiencia colectiva en los espacios rurales, se evidenció que las medidas de confinamiento y distanciamiento físico tuvieron un menor impacto sobre la salud mental de la población del área rural de la ciudad de Bogotá. En estas zonas se implementaron varios factores de protección que las y los participantes consideraron como decisivos para afrontar mejor la crisis. Uno de ellos tenía que ver con el uso del espacio abierto del campo y el páramo, las fincas, las veredas y los paisajes naturales, donde las personas podían mantener un relativo aislamiento sin sentirse afectados por el encierro. De igual modo, la gestión social y comunitaria para disminuir el tránsito hacia las áreas rurales jugó un papel preponderante para disminuir la probabilidad de propagación del virus, aspecto que se vio reflejado en me-

---

nores tasas de contagio en estas zonas, y que mantuvo a las familias en una relativa tranquilidad sobre su capacidad de supervivencia. Al mismo tiempo, los vínculos de solidaridad entre campesinas y campesinos, demarcados por sus valores sociales tradicionales, sirvieron como un factor protector de supervivencia comunitaria que propiciaba la autogestión de recursos para suplir las necesidades indispensables de las familias.

Todo lo anterior convoca discusiones profundas acerca de las diferencias sobre cómo se habita la urbe y el campo. Un profesor universitario que trabajó en la localidad de Sumapaz durante la pandemia lo expresó con las siguientes palabras:

Yo ratifiqué muchas cosas, en términos también, de la vocación del trabajo agrario. Yo creo que la ruralidad es un lugar que te permite calidad de vida, ¿sí?, por el ritmo, por los valores sociales, por el ecosistema, por el aire puro, por las dinámicas económicas de solidaridad. A mí realmente me ratificó la pandemia que la gente puede vivir en comunidad y que la gente puede organizarse en la ruralidad para vivir bien y vivir muy tranquilos. Más que todo fue lo que yo veía de otras personas, y es que la gente estaba, digamos, estaban preocupados por la salud mental de las personas confinadas en los edificios, en las casas. Fue como la preocupación y el contraste de ellos estar ahí, en el campo, y la gente acá en la ciudad, muriéndose (59).



## Relato

# Ruralidad y pandemia

*En Sumapaz siempre se ha respirado otro aire. El Covid acá no llegó tan fuerte. No lo dejaron. Fue distinto. No puedo decir que yo sea un miembro antiguo y arraigado en la comunidad, pero conozco el territorio y estoy familiarizado con sus dinámicas sociales. Durante la pandemia fui asignado como coordinador académico de una granja investigativa de la Universidad Nacional en el páramo de Sumapaz y eso me permitió ver la ruralidad de cerca. He trabajado más de ocho años acá y conozco bien el pulso de la región, su ritmo, su historia, la idiosincrasia de la gente y los debates que generan usualmente.*

*Esta es mi lectura de la campesinada Sumapaceña de Bogotá, que es bien particular. Mi percepción o la lectura que yo hago primero es de miedo: miedo por el contagio, miedo a verse expuestos a un virus letal que afectara la salud y ocasionara la muerte entre los habitantes del páramo. Porque la ruralidad no tiene un sistema de salud lo suficientemente robusto para afrontar complejidades altas como las de la covid. Lo segundo: preocupación por las personas mayores, que en esta zona tienen un valor distinto que en las urbes. Aquí se respeta mucho a los ancianos y ancianas, y el hecho de que llegara un virus que afectara principalmente a esta población, pues aumentó la preocupación porque en Sumapaz el sesenta por ciento, al menos, son adultos mayores. Y tercero: la autoprotección de la comunidad, que tiene que ver con la agudización de la capacidad organizativa que tuvo la comunidad de Sumapaz para afrontar los acontecimientos de la pandemia.*

*Por su historia, Sumapaz tiene una lógica que está destacada dentro de las comunidades más organizadas del país, por su asociatividad, su conexión con temas políticos, con temas sociales, ambientales, el sentido de pertenencia con el páramo. Eso es muy bello. Hay una identidad Sumapaceña muy marcada, y eso facilitó un sistema organizativo muy disciplinado.*

*Cuando inició la pandemia la comunidad se cerró, montaron un retén para controlar el paso y nadie entraba a la localidad. Entre los campesinos y familias hacían lo propio, se turnaban y no dejaban que entrara gente de la urbe, o cuando lo hacían, tenía que ser con todos los controles. Delegaron solo a una persona para que saliera y trajera cosas de la ciudad para toda la comunidad, pero nada más. Y bueno, esto también trajo como añadidura que hubiera bastante desconfianza de la gente que llegara de afuera, incluso los profesionales de la salud, no lo voy a negar, hubo ese estigma.*

*Aun así, pienso que la pandemia no afectó tanto en la ruralidad, ya que la gente al vivir en las fincas puede sobrevivir, mentalmente, más fácilmente a un cierto aislamiento relativo con la urbe y todo lo que esto implica. Hay aire libre, fresco, espacio, hay cierta territorialidad, cierta espacialidad que los blindaba de estar expuestos al caos, porque las familias cultivan su propio alimento e intercambian con los vecinos y por eso económicamente tampoco sintieron un impacto significativo.*

*Yo ratifiqué muchas cosas en términos de vocación del trabajo agrario. La ruralidad es un lugar que te permite calidad de vida, ¿sí?, por el ritmo, por los valores sociales, por el ecosistema, por el aire puro, por las dinámicas económicas de solidaridad, algo que falta mucho en la ciudad. Si analizamos, el coronavirus puede hacernos replantear muchas cosas de nuestro estilo de vida. La Covid-19 es un virus zoonótico, significa que tiene un origen animal y puede afectar a los seres humanos.*

*Hay que pensar de qué manera las especies que interactúan con la sociedad están aglomerándose en determinados ecosistemas por la deforestación. Una especie animal, pongamos por caso, los murciélagos, puede que hayan tenido que aglutinarse, aglomerarse de alguna manera y esa interacción aguda, agudizada cada vez más por la devastación de ecosistemas, haya generado que determinado virus tuviera la capacidad de propagarse más dentro de un campo de inter-especies.*

***Relato de profesional universitario que vivió la pandemia en Sumapaz***

## ▶ Referencias

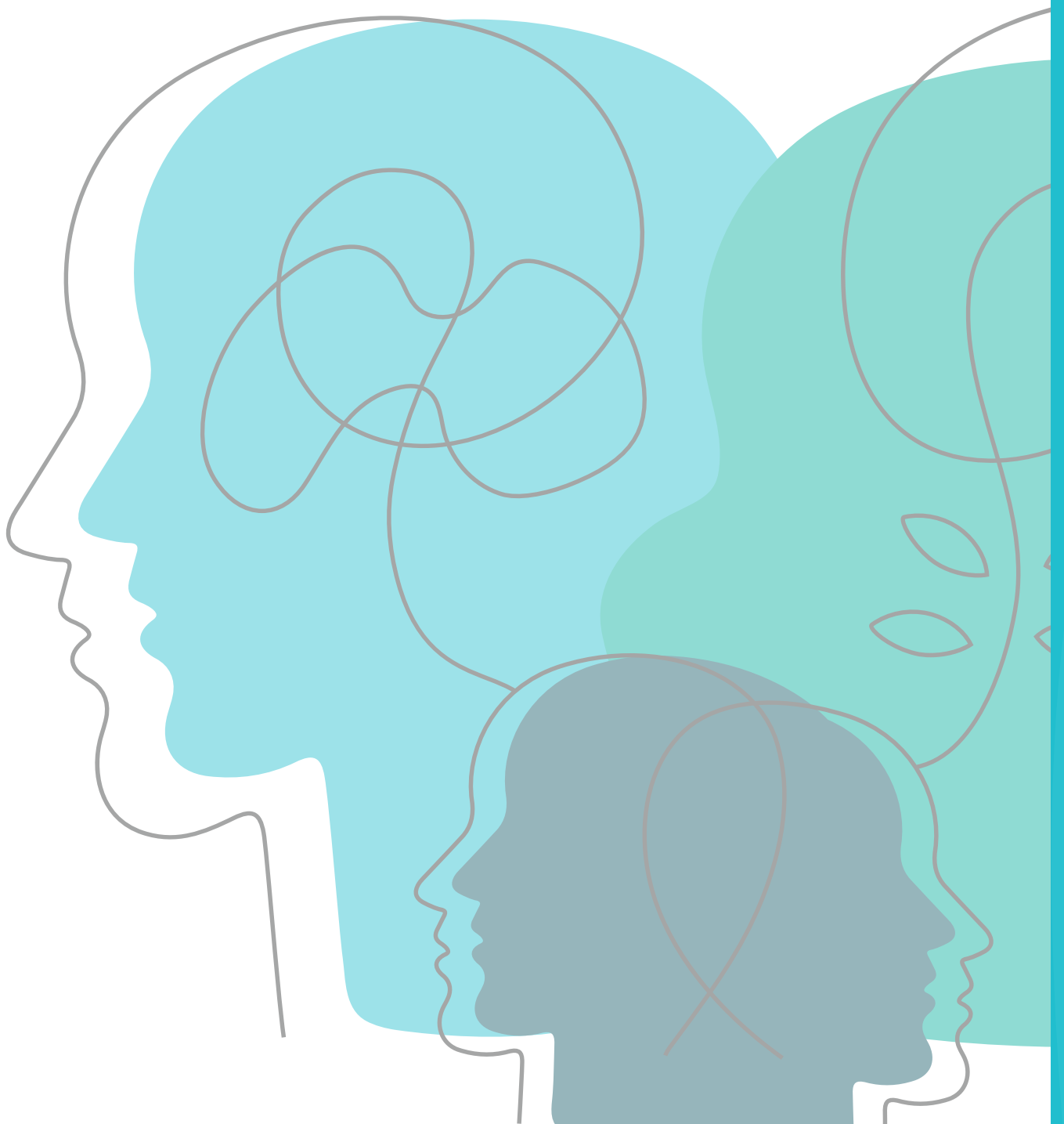
1. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *The Lancet*. octubre de 2018;392(10157):1553-98.
2. Sinisterra Paz GA. Una medición de la pobreza: Un enfoque complementario para el caso colombiano. *Cuadernos de Economía*. junio de 2003;22 (38):127-50.
3. Townsend P. The Meaning of Poverty [Internet]. Vol. Vol. 13, No. 3. *The British Journal of Sociology*; 1962. Disponible en: <https://doi.org/10.2307/587266>
4. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Trabajadores espacio público. 2023.
5. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Trabajadores espacio público, localidad Kennedy. 2023.
6. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes escolarizados. 2023.
7. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Equipo de salud mental entidad privada. 2023.
8. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales de psicología en atención a estudiantes universidad pública. 2023.
9. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesionales de las líneas de escucha y orientación del Distrito. 2024.
10. Santí H, María P. La familia funcional y disfuncional, un indicador de salud. *Revista Cubana de Medicina General Integral*. Diciembre de 1997;13(6):591-5.
11. López J, Pérez-Rojo G, Noriega C, Velasco C, Carretero I, López-Frutos P, et al. Las respuestas al confinamiento por la pandemia de la COVID-19 desde una perspectiva emocional: la función familiar como patrón diferencial en las personas mayores. *Behav Psychol*. 1 de septiembre de 2021;29(2):331-44.
12. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Orientadora escolar. 2023.
13. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Cuidadores de primera infancia vereda Auras, localidad Sumapaz. 2023.
14. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales de las líneas de escucha y orientación del Distrito. 2024.
15. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Joven desempleado y emprendedor. 2023.
16. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio público, localidad Kennedy. 2023.
17. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora de Centro de Desarrollo Infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
18. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
19. Wilder-Smith A, Freedman DO. Isolation, quarantine, social distancing and community containment: pivotal role for old-style public health measures in the novel coronavirus (2019-nCoV) outbreak. *J Travel Med*. 13 de febrero de 2020;27(2):2020.
20. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Trabajadora en sector comercio II. 2023.
21. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora de Centro de Desarrollo Infantil, localidad Santa Fe II. 2023.
22. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes jardín infantil, localidad Santa Fe. 2023.
23. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Desempleados. 2023.
24. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio privado, localidad Suba. 2023.
25. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médico psiquiatra en universidad privada. 2023.
26. Aguilar C, Quezada-Scholz V, Ibáñez E, Ramírez S, Míguez G, Laborda MA. Miedo, ansiedad y psicopatología: la otra cara de la pandemia y el confinamiento por covid-19. En: *Pandemia y crisis Desafío para las*

---

ciencias sociales. Paula Vidal-Jenny Assael-Marisol Facuse-Andrés Gomez-Christian Miranda Miguel Urrutia-César Castillo { coordinadores }. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.: Social Editores; 2022. p. 55-71.

27. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe II. 2023.
28. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Estudiantes universidad privada II. 2023.
29. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Auxiliares de enfermería hospital privado, localidad Mártires. 2023.
30. CEPAL N, UNESCO. La educación en tiempos de la pandemia de COVID-19. 13 de agosto de 2020 [citado 23 de agosto de 2023]; Disponible en: <https://repositorio.cepal.org/handle/11362/45904>
31. Unesco. Sesión extraordinaria de la Reunión Mundial sobre la Educación, La educación después de la COVID-19: Declaración de la Reunión Mundial sobre la Educación 2020 - [Internet]. 2023 [citado 23 de agosto de 2023]. Disponible en: [https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374704\\_spa](https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000374704_spa)
32. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio público, localidad Rafael Uribe. 2023.
33. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga de Secretaría de Educación del Distrito. 2023.
34. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médica en urgencias. 2023.
35. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional de vacunación. 2023.
36. Real Academia Nacional de Medicina. Síndrome de desgaste profesional. En. Disponible en: <https://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=971395&cual=0>
37. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Funcionario de epidemiología del Distrito. 2023.
38. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Ingeniera de programa de vacunación. 2023.
39. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicólogo clínico atención a estudiantes en universidad pública. 2023.
40. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Estudiantes universidad privada I. 2023.
41. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento a habitantes de calle. 2023.
42. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Auxiliar de enfermería. 2023.
43. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Amas de casa, localidad Ciudad Bolívar. 2023.
44. Magaña Loarte M, Bermejo Higuera JC, Rodil V, Villaceros M. Importancia de la Despedida en el Proceso de Duelo: Duelo y despedida. rdp. 1 de julio de 2022;33(122):129-42.
45. Lozano DMP. Duelo por pérdida de un familiar en tiempos de COVID-19: una narrativa de dos vivencias. Revista Perspectivas. 2022;7.
46. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Estudiantes universidad pública I. 2023.
47. Secretaria Distrital de Salud, Bogotá D.C. Guía para el apoyo psicológico inicial en casos de duelo por hospitalización en UCI, aislamiento preventivo obligatorio de adultos mayores y fallecimiento ocasionado por COVID-19. 2020.
48. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional en acompañamiento en procesos de duelo. 2023.
49. Ortega A. Espacio privado: políticas de confinamiento, trabajo y sistema sexo-género. Cotidiano - Revista de la Realidad Mexicana. 2022;(231)(37):105-11.
50. Delgado R, Falleti V. Casas tomadas. Habitabilidad, comunidad y espacios públicos en tiempos de pandemia. Política y Cultura. 28 de diciembre de 2021;(56):107-29.

- 
51. Torres CC, Calmon CSPDP, Hostensky EL. When work invades home: Perceptions about teleworking. PTP [Internet]. 2022 [citado 6 de septiembre de 2023];24(3). Disponible en: <http://editorarevistas.mackenzie.br/index.php/ptp/article/view/15514/11566>
  52. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio público, localidad Bosa. 2023.
  53. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga clínica en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
  54. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Funcionaria en entidad pública del Distrito. 2023.
  55. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento a adulto mayor. 2023.
  56. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento de niñez y juventud. 2023.
  57. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional de acompañamiento habitante de calle II. 2023.
  58. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Gestora social en entidad del Distrito. 2023.
  59. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente universidad pública, localidad Sumapaz. 2023.
  60. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Conductores transporte público. 2023.



Resultados

# Capítulo 2.

Afectaciones en la  
salud mental



## | 2.1. Introducción

Como se ha expuesto anteriormente, si bien muchas personas se adaptaron a las condiciones que la pandemia por COVID-19 expuso en la cotidianidad y la vida en general, otras han sufrido problemas de salud mental y en su bienestar en general. Si bien los hallazgos del presente estudio sugieren que existe un acento marcado de cuadros sintomáticos relacionados con la salud mental, y particularmente en trastornos como por ejemplo la ansiedad, la depresión, entre muchos otros, estos deben ser comprendidos únicamente en el marco de la pandemia y sus efectos (una amenaza real, de carácter viral, con consecuencias sociales). En caso contrario, se correría el riesgo de patologizar las vivencias y estados mentales que surgieron ante una exigencia psicológica reconocible y una circunstancia extraordinaria, decisiva y potencialmente letal como la pandemia por COVID-19.

De acuerdo a la última Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), realizada en el año 2015 (1), las condiciones de salud mental en Colombia están fuertemente asociadas con la pobreza multidimensional y los estresores psicosociales en las diferentes regiones del territorio. A partir de este estudio se visibiliza la distinción entre “trastornos mentales” y “problemas de salud mental”, entendidos estos últimos como síntomas o conductas que no constituyen una enfermedad mental diagnosticada, pero que pueden producir un malestar emocional significativo o dificultades para relacionarse con los otros, y por tanto implican la necesidad de apoyo clínico y social.

Dentro de estos problemas de salud mental significativos, la ENSM realizó hallazgos importantes en el dominio cognitivo de los habitantes, relacionado con las funciones ejecutivas que intervienen en la cognición social de la sociedad nacional; algunas de las dimensiones que mostraron mayor relevancia fueron la empatía (reconocimiento de emociones), la disfunción



familiar y la desconfianza en los vecinos para sentir y ejercer solidaridad, cooperación, sentido comunitario y cohesión social. Además de esto, la ENSM encontró que dentro de los trastornos evaluados los más prevalentes en adultos son los trastornos depresivo mayor y la fobia social; tanto en la medición de los 12 meses como en toda la vida. Al mismo tiempo, el trastorno límite de la personalidad fue el más llamativo, como un rasgo y entidad individual que ha aumentado en los últimos años, con una prevalencia de 4.6 %.

En la población infantil, la encuesta encontró que los trastornos mentales eran más frecuentes en las niñas, en comparación con los niños, pero en estos últimos solía encontrarse mayor comorbilidad; con respecto a las y los adolescentes, se halló que eran frecuentes los trastornos de ansiedad, especialmente la fobia social; y en el caso de la población adulta, se encontró que los trastornos mentales eran más frecuentes en mujeres que en hombres, excepto cuando se trataba de trastornos afectivos bipolares. La ENSM también reveló que, por lo general, había una mayor prevalencia de trastornos mentales entre los 18 y 44 años, y que existía una mayor prevalencia en las zonas urbanas que en las zonas rurales (1).

La encuesta concluyó que Bogotá, particularmente, era una de las regiones con mayores índices de trastornos mentales y que tenía el mayor índice de suicidios en el país. También encontró que en esta ciudad la proporción más alta de ideación suicida se encontraba en personas con una escolarización de secundaria completa, y que alrededor de un tercio de las personas que pensaban en acabar con su vida habían tenido planes suicidas o habían intentado suicidarse.

Así mismo, la ENSM indicó que en Bogotá el 19.1 % de personas tenían de tres a cinco rasgos importantes de trastornos de la personalidad del

grupo C (trastornos evitativos, dependientes y obsesivos compulsivos); y que los rasgos de personalidad de tipo límite y del grupo A (trastornos paranoides, esquizoides y esquizotípicos), eran más frecuentes en las mujeres que en los hombres, en un rango superior a los 45 años y asociado a la no presencia de una pareja sentimental (1).

Por otra parte, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá (SDS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) realizaron el *Estudio Tamiz de Salud Mental en Bogotá*, en el año 2017, con población de 7 a 69 años (2). Este estudio encontró que los trastornos más frecuentes en la población adulta eran la ansiedad y la depresión, muchas veces de forma concurrente y con una sintomatología mixta. Los hallazgos también incluyeron que una de cada cuatro personas adultas en la capital del país reportó vivir atormentada por dolores de cabeza frecuentes, mientras que una de cada cinco personas aseguró que pasaba las noches sin conciliar el sueño o teniendo pesadillas, frecuentemente nerviosa, tensa o aburrida (2).

Adicionalmente, el estudio concluyó que los índices de problemas y trastornos mentales eran mayores en las mujeres que en los hombres; aunque esto no aplicaba en el caso del abuso y dependencia del alcohol, que se situó en el tercer lugar de los problemas de salud mental, con tasas más elevadas en hombres jóvenes de estrato socioeconómico tres y cuatro. De manera similar a la ENSM de 2015, esta investigación encontró una alarmante prevalencia de ideación suicida en la población adulta de la capital del país, con cifras brutas de al menos 230.000 personas que habían querido o contemplado la posibilidad de ponerle fin a sus vidas; alrededor de 85.000 de estas personas eran adultos jóvenes entre 18 y 28 años (2).

Por otro lado, las puntuaciones halladas en el test APGAR<sup>1</sup> indicaron que alrededor de una tercera parte de la población en Bogotá presentaba algún grado de disfunción familiar, y que las problemáticas de salud mental en la población mayor de 60 años eran particularmente severas (2).

Con base en los estudios mencionados anteriormente, que han pretendido medir la magnitud de los eventos prioritarios respecto a la prevalencia de problemas y trastornos mentales, se puede trazar una línea conjuntiva para profundizar en el conocimiento de estas afectaciones en la población residente en Bogotá. Este ejercicio permitiría direccionar y focalizar con certeza los servicios de atención psicológica, médica y psiquiátrica, enmarcados en la prevención, promoción y orientación hacia una salud mental fortalecida y resiliente, teniendo en cuenta las especiales implicaciones (secuelas, efectos, traumas, alteraciones) que pudo tener la pandemia para todas las personas en las diferentes localidades de Bogotá.

Por lo tanto, en este capítulo se abordan los impactos que tuvo el periodo de pandemia por el COVID-19 en el desarrollo o favorecimiento de síntomas asociados a eventos, problemas, trastornos, alteraciones o enfermedades mentales; de acuerdo con el sistema clasificatorio CIE-10 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (3). Sin embargo, cabe mencionar que por tratarse de un proceso basado en narraciones sobre las vivencias, percepciones y experiencias de las y los participantes, la información recabada no permite establecer diagnósticos, sino que facilita una aproximación a estos. Sin duda, la información generada a

---

1. El APGAR es un instrumento de tamizaje que se aplica para evaluar y medir el nivel de funcionamiento de la unidad familiar. El instrumento se aplica como un cuestionario, e indaga por la percepción que tienen los participantes de su familia en un tiempo determinado. Este instrumento brinda una primera aproximación para valorar la existencia de conflicto o disfuncionalidad familiar.

partir de entrevistas y grupos focales enriquece y complementa los hallazgos del componente cuantitativo del presente estudio.

La estructura de este capítulo se construyó a partir de los relatos que expresan, comunican o sugieren **cuadros sintomáticos característicos o alteraciones significativas en la salud mental**, generadas o exacerbadas a raíz de la pandemia. En los casos que lo ameritan, se comenta sobre los posibles trastornos identificados en el análisis, estableciendo cómo se afectaron diferenciadamente los grupos de referencia de acuerdo con su género y curso de vida, y con los factores que incidieron o estuvieron asociados al desarrollo de síntomas en su salud mental. De igual manera, atendiendo el nivel de recurrencia de la información analizada, se profundiza en: trastornos de ansiedad; trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos afectivos y del estado del ánimo, como depresión y bipolaridad; ideación, intento y consumación suicida; trastornos del sueño; alteraciones de la conducta alimentaria; síndrome de desgaste profesional; estrés agudo y postraumático; alteraciones en cognición asociadas al COVID-19, y respuestas emocionales con valencia negativa. Adicionalmente, se incluye un apartado que analiza las estrategias de afrontamiento que se evidenciaron y otro que describe la experiencia de atención en salud mental referenciada por las y los participantes.



## ▶ 2.2. Ansiedad

En principio es importante enfatizar que los hallazgos asociados a ciertas manifestaciones catalogadas como **ansiedad**, desde el punto de vista de las y los participantes y su experiencia, no permiten determinar la existencia de un diagnóstico psicológico en el espectro de **trastornos de ansiedad** estipulados en los manuales de diagnóstico mental (tales como trastornos relacionados con el miedo, ansiedad

---

generalizada, ansiedad especificada, agorafobia, o todas las formas de fobia que aparecen en las clasificaciones CIE-10, CIE-11 o DSM V) (3,4). Aun así, es importante señalar que sobresalen casos en los que antes de la pandemia ya existían problemáticas y diagnósticos clínicos relacionados con la ansiedad. Por lo general, estos problemas se vieron agudizados, en menor o mayor medida, por los diferentes sucesos de la pandemia, el distanciamiento social y el confinamiento obligatorio.

Considerando lo anterior, se entiende la ansiedad como una sensación vaga de aprensión y angustia duradera ante la anticipación de amenazas futuras, que pueden percibirse como una proximidad de peligro, generando miedo excesivo, nerviosismo, pensamientos negativos, activación fisiológica, y manifestaciones físicas caracterizadas por temblor corporal, taquicardia, respiración agitada, tensión muscular, sudoración, alteración del sueño o alimentación, y excesiva reactividad ante diferentes estímulos del ambiente (3,5).

Usualmente, el concepto de ansiedad tiene similitudes y se traslapa con otros conceptos de reacciones que pueden llegar a expresarse en condiciones muy parecidas, con manifestaciones físicas y psicológicas análogas, como el estrés y la angustia. No obstante, aunque los tres términos tienden a usarse indistintamente, vale la pena establecer ciertas claridades conceptuales, teniendo en cuenta que estas manifestaciones son adaptativas para el ser humano hasta cierto punto y que se categorizan como patología de acuerdo con su frecuencia, intensidad y alteración significativa para la persona.

La **angustia** es catalogada como una emoción primaria del ser humano, que se expresa principalmente en un sobrecogimiento del individuo, como producto del sentimiento de indefensión y falta de libertad en sus actos ante un acontecimiento particular en su experiencia subje-

tiva. Comparte semejanzas con la ansiedad, en relación con el miedo que provoca y las experiencias displacenteras que genera, pero la diferencia radica en que la angustia no es una sobreactividad temerosa ante una amenaza imaginaria, sino una **experiencia de inmovilidad del sujeto ante una amenaza real**, que evoca el reconocimiento de las limitaciones de la existencia humana, y como tal, puede provocar graves afectaciones en la salud fisiológica, psíquica y social (en los casos patológicos) (6).

Por otro lado, el **estrés** es un concepto que alude principalmente a una percepción de la persona, al sentir que las demandas y exigencias del ambiente, o el contexto, sobrepasan sus recursos personales para afrontarlos. A diferencia de la ansiedad y la angustia, no se trata de una emoción, por tanto, conviene entenderlo como **una tensión en la transacción relacional** que se establece entre el sujeto y el entorno, donde puede haber un desequilibrio en las capacidades de respuesta. Por esta razón, en los últimos años se ha abordado este concepto desde una perspectiva psicosocial, donde se intervienen principalmente los factores estresantes del contexto social: la familia, la comunidad, la cultura, y la economía (6).

Específicamente en el marco de este estudio, no se recomienda patologizar la presencia de un componente ansioso en las respuestas que brindaron las personas participantes y sus familias, aun cuando podrían parecer desbordadas y persistentes, ya que éstas podrían tratarse de respuestas adaptativas. Considerando la coyuntura del COVID-19, la inminencia del riesgo y el alto índice de contagios que desencadenó, se hace necesario interpretar los síntomas identificados a la luz del peligro que las personas percibían respecto a la aparición del virus en sus vidas (5).

---

Bajo esta perspectiva, es posible constatar en las narraciones de las y los participantes que un factor relevante en la aparición de síntomas ansiosos durante la pandemia tuvo que ver con la **incertidumbre** generada en la experiencia de vida, la cual se incrementó por el manejo inadecuado de la información a través de las redes sociales. Este estado de impredecibilidad prolongada, en donde las personas fueron llevadas al terreno psicológico de no tener certeza sobre el porvenir de su vida y su salud, condujo a la aparición de reacciones y estados de ansiedad reflejados en la inquietud de “¿esto cuándo se va a acabar?”, y la conciencia reflexiva sobre “la fragilidad de la vida”. La ruptura abrupta en las rutinas cotidianas de las personas hacia una realidad novedosa, difusa y amenazante sobre los proyectos futuros y planes personales, también creaba la percepción de falta de control sobre su presente, afectando su salud mental y la de los miembros de la familia.

Este factor que se traduce en ausencia de control, hace parte de los cuadros de ansiedad fácilmente reconocibles en la experiencia colectiva de la pandemia, ya que, tal y como lo expone Aguilar et al. (5), las preocupaciones desmedidas y excesivas por las circunstancias del confinamiento obligatorio y la infección del virus, hicieron que el evento ansiógeno marcado por el miedo al contagio se focalizara de una manera desproporcionada. Así mismo, la falta de certezas impactó en el sentido común de realidad social aceptada por las personas y se presentaron reacciones ansiosas como una respuesta psicofísica en el intento por canalizar la incertidumbre del porvenir. Esto cuenta un docente de un colegio privado:

Definitivamente todo el tema de la sensación de control que uno tiene, porque [uno] anticipa, porque planea, porque... esto se exagera. O sea, salimos de la pandemia en donde tuvimos que perder el control y soltarnos a lo que estuviera sucediendo en el día

a día; pues hace que cuando ya volvemos a tener el control, sea el control más estricto, ¿sí? Y entonces tenemos que planear más y ojo: [ser] un poco más flexibles. Yo no siento que se haya dado tanto eso, tal vez para algunos, ojalá, ¿sí?, pero no siento que se haya dado eso (7).

Otro elemento indispensable en la identificación de la ansiedad tiene que ver directamente con el **miedo generalizado o específico** en el contexto de la pandemia, entendido como una reacción emocional cuyas manifestaciones físicas eran percibidas en las vivencias subjetivas e intersubjetivas. Este miedo estaba asociado con el riesgo de que los familiares pudieran contagiarse del virus y morir, el desabastecimiento de la ciudad, la falta de capacidades para soportar el encierro y el desajuste en la vida personal de los miembros de la familia. En la mayoría de los casos, este temor ansioso se instaló como secuela psicoemocional en la salud mental de las personas, que por lo general se detona desde el componente simbólico de la experiencia colectiva de la pandemia, por ejemplo, al exponerse nuevamente a estímulos vinculados con el COVID-19 (uso de tapabocas, cercanía a personas enfermas, uso de alcohol antiséptico, aislamiento, hospitales, personal de la salud y calles vacías).

Para algunas personas participantes, el temor ha desembocado en conductas de evitación frente a estímulos y escenarios asociados con la necesidad de distanciamiento social, como las reuniones, las multitudes, el transporte público y las clínicas. Se evidenció que esto ha generado afectaciones de salud mental con presencia de un marcado componente ansioso, frente a la exigencia de retomar el relacionamiento social de la vida cotidiana. Cabe destacar que, para algunas personas estos temores

---

fueron catalogados como “irracionales”, dada la persistencia de su estado temeroso, sin llegar a ser fóbicos, y continúan sintiendo ansiedad luego de haber finalizado el confinamiento obligatorio. Así lo recuerda un conductor de transporte público:

Entonces era ese temor a diario ¿será que me va a tocar a mí? Entonces, a mí también me dio el COVID y me asustó, ya quedé en la casa en cuarentena, entonces ese miedo de uno seguir viendo que se sigue muriendo la gente, entonces yo también alcancé a tener ese temor de, gracias a Dios, no me dio tan duro, pero sí tiene uno el temor de que se complique, porque como ya se veían casos tan cercanos como el del compañero, que murió tan en poquitos días (8).

De igual manera, se encontró que la ansiedad se generaba en las personas y sus familias a través de la propia experiencia del encierro y el distanciamiento, y se manifestaba principalmente en **pensamientos repetitivos y sobrecogedores, que creaban angustia**, relacionados comúnmente con el nivel de contagio del coronavirus, la cantidad de muertes humanas, las afectaciones sociales y el estado de salud de los miembros de la familia. Estos pensamientos generaban una especulación negativa hacia el porvenir, influenciados en su mayoría por la exposición a los medios de comunicación y las redes sociales, los cuales mostraban una realidad social amenazante, hostil, ambigua y confusa para la ciudadanía. En ese sentido, los pensamientos sobredimensionados o catastróficos frente a eventos futuros, que se presentan de forma ambigua y son interpretados como desesperanzadores, suelen ser un rasgo típico de los cuadros de ansiedad (5,9). Esto relató una docente de un jardín infantil en la localidad de Santa Fe:

Yo soy una persona que sobrepiento mucho, yo tengo ansiedad, a raíz de eso so-

brepiento mucho las cosas: [...] si tal vez hubiera hecho, o si tal vez mañana hago, o no hago, ¿sí?, pero a veces trato de pilotearla, yo digo: ‘no, ya deje las estupideces’. Como que trato de llevar un poco más la vaina, pero no, no me afectan, o sea, sí me afecta, pero como en el sueño; pero de que afecte mis relaciones y yo venga acá en el borde y lloré, pues no” (10).

Por otro lado, la ansiedad que expresaban las personas participantes también podía devenir como consecuencia de un permanente **desgaste emocional** al sentirse saturadas: porque padecieron el duelo de un ser querido que falleció por COVID-19; o por el exceso de trabajo, el estrés laboral y las preocupaciones asociadas al nuevo ritmo de vida impuesto por la pandemia (11,12,13).

Lo anterior se evidenció que los grupos de referencia del personal de salud (médicas/os, enfermeras/os, enfermeras/os jefe, auxiliares de enfermería, personal de líneas de atención de salud y funcionarias/os del Ministerio de Salud y Protección Social); así como los grupos de las y los educadores y cuidadores de primera infancia; estudiantes escolarizados y universitarios también padecieron principalmente esta sensación de ansiedad. Una profesional en epidemiología, funcionaria del Distrito, describió su experiencia así:

Entonces claro, eso con los días va haciendo mella y va haciendo que te empieces a enfermar. Tampoco duermo porque sigo conectada, entonces ahí se me disparó a mí el trastorno de ansiedad, y lo seguí viviendo durante pandemia. Después cuando se va mi jefe, afloja un poquito esto, pero entonces me dejan encargada: entonces yo tengo que asumir toda la jefatura de todas las unidades de operaciones, y explota cuando se muere una compañera, que fue otro caso en el que también tuve que recibir mucha cuestión psi-



---

cológica. Yo tratar el tema, tratar a la familia, y ahí me explota el trastorno de ansiedad, con una cosa que yo pensaba que era un ataque de corazón, pero no, era un ataque de ansiedad (14).

En este punto, es importante resaltar que los análisis evidencian una fuerte carga psicológica para los profesionales de la salud que atendieron pacientes con COVID-19 durante la pandemia. Esta carga desencadenó episodios y afectaciones de salud mental indicativos de niveles problemáticos de ansiedad, al estar expuestos de manera inevitable al riesgo de un contagio de consecuencias mortales y a la saturación emocional de lidiar con el padecimiento de las familias que perdían a sus seres queridos en las unidades de cuidados intensivos (UCI). Igualmente, esta dinámica dejó en algunas personas la secuela de conductas de evitación hacia eventos y estímulos asociados al entorno hospitalario. Esto narra una auxiliar de enfermería que trabajó en un hospital privado durante la pandemia:

Sí. Una amiga en pandemia, ella se metió a la casa, renunció a los trabajos y no salió como en un año. Eso fue en el 2020-2021, y casi no la podemos sacar. Era la ansiedad y el miedo, miedo de no salir y no podía ver pacientes porque ‘los pacientes me matan’. Ya ahorita está más tranquila pero sí fue... más de un año. Que me haya pasado a mí..., me acuerdo que en marzo iba a comprar un pan en la panadería y yo: ‘me voy a morir si le doy la moneda en la mano a la señora’, ¿sí? Pero igual, sí viví la fobia al contacto, y ‘dios mío, me voy a morir’, la gente. Y pues ya fue pasando, pero el contacto físico de cualquier tipo me daba pánico. Entonces ya tratando los pacientes (yo hago consulta externa), y el tocarlos a mí me daba miedo, ¿sí?, pero pues tocaba.

Yo trataba de hacer el contacto mínimo, al principio, porque uno decía no, juemadre, todavía no sabemos bien cómo es (15).

Otro hallazgo relevante fue la evidente **angustia** que percibían algunas personas **frente a la posibilidad de separarse** de sus seres queridos y familiares a raíz de las circunstancias de la pandemia: fuese por la muerte de uno de ellos, o por la lejanía física exigida en el marco del confinamiento obligatorio, el distanciamiento social y la reclusión en los hogares. Este tipo de sensaciones se catalogaban de forma negativa, y pueden interpretarse a la luz de cuadros sintomáticos cercanos a la ansiedad por separación (de acuerdo con la clasificación CIE-10). Este tipo de ansiedad fue impulsada por los nuevos rituales en torno a la muerte y el duelo en las UCI, así como por las connotaciones de salud y enfermedad asociadas al contagio del virus y a la figura emergente del “paciente COVID”.

De hecho, la angustia e intranquilidad constante en relación con la salud de los seres queridos prevalece para muchas personas, como es evidente en el siguiente testimonio recolectado en el grupo de referencia de docentes:

Después de la pandemia quedé con el temor de perder algún familiar, ahorita tengo la sensación de que, si alguno tiene algún malestar de salud, me siento intranquila y siento temor por perderla o que le pase algo malo. La mente me maquina de que va a ser algo malo. Yo creo que la pandemia generó en mí ese temor, el temor a la pérdida de mi familia (16).

Así mismo, al experimentar ansiedad durante la sucesión de cuarentenas que rigieron como medida preventiva en la ciudad de Bogotá, las personas presentaron secuelas psicológicas en

---

su relacionamiento social. Algunas personas participantes en el estudio mencionaron que han constatado dificultades socioemocionales para sentirse en confianza con las y los otros, hablar en público, intercambiar opiniones, construir lazos de amistad y desarrollar interacciones y conversaciones asertivas después de la pandemia, debido a la angustia que esto les genera. En los casos en que hay presencia de un padecimiento clínicamente significativo, esta angustia puede estar vinculada con la ansiedad social (CIE-10), y sus formas patológicas de expresar fobia al contacto con las demás personas. Esto narró un estudiante de bachillerato en un colegio público de la ciudad:

Para mí, ansiedad es como ese tipo de incomodidad donde, no sé, frente a alguna situación o algo, en lo que pues uno no se puede controlar. Me pasa a mí que yo estoy con alguien, ya cogí de costumbre, que yo siempre estoy moviendo las manos, juego con mis manos, hago cualquier cosa con mis manos para poderme sentir tranquilo. También siento mucha presión en el pecho. Sobrepienso mucho las cosas. Por ejemplo, en una situación como, en mi caso estando con muchas personas que siento que se aman demasiado. Uno se siente demasiado observado, en el que no sé, yo tiendo a sobrepensar demasiado las cosas como: qué estarán opinando de mí (17).

Otras formas en que la ansiedad se hizo manifiesta en la salud mental de las y los participantes fue a través de comportamientos alterados en la conducta alimentaria, por ejemplo, comer o “picar” en intervalos de tiempo más cortos, así como modificaciones en los patrones de sueño, por ejemplo, dificultades para conciliar el sueño, insomnio y parasomnias. Estas alteraciones desencadenaron cambios en el rendimiento, desempeño y estado de salud cotidianos, además, pueden haberse

presentado como efecto de la exposición continua a eventos ansiogénicos, acompañados de exceso de trabajo, carga de cuidado familiar, estrés educativo, desempleo o baja tolerancia a la incertidumbre. En este sentido, esto manifestó una médica general en el servicio de urgencias de un hospital privado:

También subí de peso, como todo el mundo en pandemia, mientras estuve confinada. Empecé a comer más por ansiedad, y a utilizar... pues a gestionar más las emociones a través de la comida que ahorita trabajando, en esto me he dado cuenta, de que era algo que me estaba pasando, como que yo tengo un trastorno en este momento. Pues no sé, bueno, no sé si creo que tengo unos síntomas ansiosos ahí, como que están esperando que algún día les ponga cuidado, y deje de evitarlos, y pretender que no existen. Sí tengo algunos síntomas ansiosos en ese sentido. También, durante la pandemia, mi sueño se afectó un poco, yo siempre he tenido un poco de insomnio, y por eso siempre he tenido muy buena higiene del sueño, para poder medio descansar, y durante la pandemia, sí, se me aumentó otra vez el insomnio (28).

Los **ataques de pánico** también fueron parte de la vivencia de algunos participantes. Estos ataques son un tipo de cuadro sintomático característico y vinculado con otros trastornos de ansiedad (CIE-10) (3), en los que las personas pueden experimentar las mismas reacciones físicas de la ansiedad generalizada, junto con otros síntomas como la desrealización (sensación de irrealidad), la despersonalización (estar separado de uno mismo), el miedo a perder el control o volverse loco, el miedo a morir, la parestesia (sensación de entumecimiento u hormigueo en las extremidades) y los escalofríos (18).

---

Ahora bien, un último elemento que fue evocado en los relatos de las y los participantes fue el **temor, la prevención o intranquilidad por la existencia del COVID-19 en sus entornos y hogares**. Este tipo de situaciones evidenciaron que muchas personas experimentaban síntomas de ansiedad al pensar o percibir que podrían estar teniendo contacto directo con el virus, sin que se dieran cuenta: a través de sus manos, cuerpo o vestimenta, dentro y fuera de sus casas. Estos pensamientos llevaron a que se incrementaran de forma exponencial los comportamientos propios del autocuidado, de acuerdo con las medidas de bioseguridad promocionadas por el Gobierno nacional y la Secretaría Distrital del Salud, con el fin de prevenir el contagio por COVID-19. Esto contó una trabajadora de la economía popular del espacio público:

Antes yo tenía que mis amigas, las compinches, que venían a tomar tinto a la casa... yo de esa gente me alejé la verdad. Ya de que vengan a tomar en mis pocillos, a utilizar mis cucharas, o sea no puedo: me quedé con esa vaina del aseo, me quedé con esa vaina de los virus y no puedo. O sea, yo, si alguien viene, yo tengo un paquetito de vasos, de vasitos desechables para darles tinto y no tener que servirles en mi losita... cosas como esas (19).

Sin embargo, aunque los comportamientos de limpieza y desinfección no pueden catalogarse como patológicos, en el contexto del COVID-19 sí parecen haber tenido algunos efectos perjudiciales en la salud mental de las personas, al convertirse en rituales arraigados por el temor. De hecho, estos siguieron generando malestar emocional en las personas, afectando su calidad de vida al terminar la pandemia y, en algunos casos, podrían haber creado rasgos y estados obsesivo-compulsivos.



Relato

# Una calma intranquila

*Se sentía un silencio distinto, una calma intranquila, no había bulla, llena de silencio y miedo. Bogotá se convirtió en un pueblo fantasma, las calles solitarias y nosotros que recorremos de punta a punta la ciudad, acostumbrados a tener 300 o 400 personas en los autobuses, de repente solo veíamos por el espejo retrovisor a tres o cuatro nada más.*

*El cielo se despejó. Por las ventanas la ciudad se veía limpia, sin tanta polución, y a lo lejos éramos capaces de visualizar los nevados y los cerros. Fue como una especie de descanso para la urbe acostumbrada a la convulsión; la naturaleza tomó un respiro y algunos animales silvestres se empezaron a ver por las avenidas. Una ardilla recorriendo los semáforos; un venado ocasionando un accidente en el norte de Bogotá.*

*Pero en todo momento hubo un nerviosismo horrible, la posibilidad de que alguien nos pudiera contagiar con el contacto mínimo que tuviéramos. Temor cada vez que alguien estornudaba o tosía y en seguida la incertidumbre, esa incertidumbre de pensar que uno pudiera llevarle el virus a su familia cuando llegáramos a casa, porque claro, las niñas, los niños siempre se lanzan a abrazarlo a uno apenas cruzamos la puerta, y eso era duro.*

*Casi todos los compañeros tenemos hogar con hijos y nuestra mujer, pero hubo algunos que tuvieron que vivir la pandemia solos, encerrados en su casa y eso era algo muy berraco. El resto, cuando veníamos a trabajar, vivíamos en una psicosis permanente, y todo el tiempo nos bañábamos en alcohol para prevenir. Algunos tuvimos Covid, otros nunca supimos, pero hoy en día decimos que más que el virus, lo que realmente nos afectaba era esa psicosis, esa pensadera de lo que nos pudiera pasar; el aspecto mental. Cuerpo y mente son una sola. Quizá a unos compañeros no les afectó tanto el confinamiento, por ejemplo, si estaban estudiando virtual o tenían hobbies*

*en casa, pero uno que está acostumbrado a estar en la calle, moverse por la ciudad, y de un momento a otro tener que quedarse encerrado, sin saber qué hacer, dónde ir, es muy berraco. Aunque, gracias a Dios los que estuvimos encuarentenados, hay que decirlo, porque hubo compañeros que estuvieron entubados en una UCI y la familia los lloraba detrás de un vidrio.*

*El pánico cundió acá fue cuando empezamos a notar que ya no estábamos los de siempre. Que algunos compañeros comenzaron a morir. Uno en seguida pensaba si días antes había compartido el autobús con ese compañero. Otros están acá como un milagro de Dios, estuvieron muy graves de Covid y no hacían más que llorar, ver por la ventana de su casa, y pensar en despedirse con amargura. El tema de las muertes estaba siempre ahí, porque los noticieros y los medios informativos se encargaban de torturarnos a cada hora con esas cifras, franjas rojas en un mapa, todos los días, y eso generaba más vaina.*

*Hay muchas cosas que quedaron que no se recuperan de la pandemia, por ejemplo, los seres queridos, algunas capacidades y la tolerancia. Ahora, en el transporte público, la gente es más agresiva, menos flexible, volvieron con rabia, y se agarran violentamente por una silla. Es algo macabro. La fisonomía entera les ha cambiado, quizá por el encierro que vivieron, cosas negativas que se desatan, y ahora nosotros nos sentimos más rechazados por la actitud de la gente, porque nos tratan como si fuéramos sus enemigos y no hay un trato amable.*

*A pesar de todo hay que agradecer lo que nos queda, eso enseñó la pandemia: la gente que nos rodea, darles valor a las pequeñas cosas de la vida, los minuticos que uno tiene con su familia o el tiempo de recocha que se puede pasar con los amigos. A la hora veinte esas cosas no tienen precio.*

**Relato construido a partir de un grupo focal con conductores de Transmilenio**

### ▶ 2.3. Trastorno obsesivo-compulsivo



El trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), es un cuadro sintomatológico, tiene que ver con la experiencia por un tiempo prolongado de **obsesiones** (pensamientos, imágenes o impulsos recurrentes que la persona considera como repugnantes, absurdas, temerosas, e ilógicas) y **compulsiones** (conductas repetitivas y ritualizadas, o actos mentales ejecutados con disciplina). Las compulsiones cumplen la función de reducir la ansiedad y el malestar que generan las obsesiones, o actúan como una forma de prevenir algún evento temido que haga aparecer la obsesión. Algunos ejemplos de compulsiones pueden ser actos motores o también imaginativos, por ejemplo: contar, rezar, rascarse, lavarse las manos, comprobar que quedó cerrado el gas o la puerta de la casa, o imaginar “algo bueno” para borrar o evitar los “pensamientos malos”. La relación entre obsesiones y compulsiones puede darse en ciclos muy variados y puede generar un malestar clínico significativo (20).

Quien tiene un TOC, puede adoptar respuestas evitativas a estímulos o situaciones que desencadenan obsesiones, y es posible que adquiera conductas estereotipadas. Las obsesiones suelen presentarse de forma intrusiva e insistente y ser tormentosas, molestas y difíciles de manejar para la persona que las padece, haciendo que muchas veces prefiera mantenerse aislada y pueda terminar incapacitada. Con respecto a las compulsiones, las más comunes se manifiestan en la comprobación, la limpieza y el lavado (20).

En el marco de la pandemia por COVID-19 existía una amenaza biológica real con un fuerte número de contagios, además, las medidas instauradas por el Gobierno para prevenir la expansión del virus implicaron en gran medida el distanciamiento físico y el confinamiento obligatorio, así como campañas de higiene pedagógicas y educativas. En consecuencia, la ciudadanía adquirió el hábito de lavarse las manos y desinfectar los objetos y espacios dentro de sus hogares regularmente, pero algunas personas adoptaron **el temor al virus** de una forma intensa y persistente, demarcando hábitos de limpieza y desinfección como reglas fijas, que comenzaron a gobernar múltiples factores en su estilo de vida.

En el estudio se evidenció que algunos comportamientos de cuidado asociados a medidas de bioseguridad, entre ellos la limpieza compulsiva, responden a una secuela psicológica de sentir y experimentar que el virus sigue habitando en todas partes, y que es necesario seguir combatiéndolo con hábitos de aseo y desinfección disciplinados. A mediano o largo plazo, esta postura podría llevar a la configuración de un trastorno obsesivo-compulsivo con la limpieza. Sobre este aspecto, un conductor del transporte público mencionó lo siguiente:

*La verdad sí logré observar a mi sobrina, que se volvió bastante paranoica y está constantemente lavándose las manos. Hay momentos en que uno le dice: ‘¿por qué se está lavando tanto las manos?’, como con esa paranoia..., ‘ay, es que cuando había COVID entonces hay muchas bacterias’... Tiene 13 años, y desde que pasó lo de la pandemia sí quedó con ese trauma y está constantemente desinfectando todo. Y también es un poquito más distante, ya no se relaciona un cien por ciento. Ella antes era más abierta, ¿sí?, más apegada. También*

---

nos tocó llevarla al psicólogo porque tenía conductas bastante... como que quedó muy temerosa después de haber pasado la pandemia (8).

Una manifestación de esta forma de ansiedad generada por el COVID-19 tiene que ver con la necesidad constante de lavarse las manos con agua y jabón, como una manera de asegurar que el virus no está presente en el organismo, o que no va a impregnarse en el cuerpo. Se apreció que este hábito en particular quedó fuertemente arraigado en la conciencia colectiva, motivando a ser más cuidadosos e higiénicos con los objetos y espacios donde se interactúa. No obstante, a pesar de que el continuo lavado de manos fue una de las conductas clave para prevenir el contagio del COVID-19, en casos extremos podría derivar en trastornos como la **dermatitis facticia**: un estado mental dentro del espectro de trastornos obsesivos-compulsivos que afecta severamente la superficie cutánea de las manos, generando excoriaciones, úlceras, costras, edemas, hematomas o ampollas (20). Sobre este tema, una ama de casa de la localidad de Ciudad Bolívar que participó en un grupo focal describió:

Me bañaba no sé cuántas veces en el día, salía, entraba y vivía bañándome. Desde ahí tengo una dermatitis por tanto ¡jabón!, por tanto ¡alcohol! Y todavía no la he podido controlar, o sea, en mi trabajo soy igual; entonces también, que me lavo las manos por todo, o sea, soy super metódica con eso, no sé si me quedo una manía, costumbre... Me estoy lavando las manos, por todo me estoy lavando las manos, eso también me dejó pandemia, y soy muy insistente con mi hijo, con todo el mundo (21).

Este tipo de rasgos obsesivo-compulsivos no son unitarios ni se circunscriben a una sola manifestación. De acuerdo con Cruzado (20),

la mayoría de los pacientes de TOC presentan más de un tipo de obsesiones y compulsiones, con neutralizaciones y conductas encubiertas, en donde fácilmente se van encadenando un conjunto de pensamientos que difieren en su función, pero no en su contenido. Así, pensamientos y conductas enfocados obsesivamente en la limpieza por temor al contagio de un virus, podrían llevar a otras preocupaciones excesivas con el mismo patrón de respuesta, por ejemplo: cerrar más de una vez la puerta para garantizar la seguridad en la casa (confinamiento); contar los metros de distancia de otras personas cada vez que se sale a la calle (autoaislamiento); excluir a los grupos de personas relacionadas con el área de la salud, como enfermeras y médicos; evitar al máximo el contacto con objetos y superficies por el terror obsesivo a los virus y gérmenes, o evitar asistir a controles médicos en los hospitales y clínicas. Al respecto, un empleado de una empresa de alimentos comentó lo siguiente:

A mí se me volvió compulsivo el escritorio. Porque durante el tiempo de la pandemia alguien tocaba y yo decía 'uy, juepucha' y échele alcohol. Y todavía me quedé con esa berraca costumbre, de limpiar. [...] Me quedó la dualidad de hacer las cosas dos veces. Ese tema, pero ya es un tema psicológico, psiquiátrico. [...] Me acuerdo, antes de recostarme cierro la llave del gas, miro que estén todas bien, me acuerdo y digo ¿no cerré la llave del gas?, y lo hago repetitivo. Es un tema que manejé, pero eso ya es psicología y me dijeron que [es] constante. '¿No eché llave?, no me acuerdo si le pasé, juepucha, ¿eché llave?', y ya voy en la portería, me tocó devolverme (22).

## ▶ 2.4. Trastornos afectivos y del estado de ánimo



### I 2.4.1. Depresión

La depresión se caracteriza por una combinación de: tristeza persistente, anhedonia que se traduce en desinterés por las actividades que antes se disfrutaban, fatiga y disminución o pérdida de la energía, que en ocasiones se acompaña de aislamiento social, e incluso trastornos de sueño. Otros síntomas incluyen la pérdida de confianza y autoestima, un sentimiento injustificado de culpabilidad, ideas de muerte y suicidio, una menor capacidad de concentración, la aparición de trastornos de la alimentación y también pueden concurrir diversos síntomas somáticos. Aunque los sentimientos depresivos son frecuentes, especialmente después de sufrir pérdidas, solo se formula el diagnóstico de trastorno depresivo cuando los síntomas superan cierto umbral y duran al menos dos semanas (3).

La depresión puede manifestarse de manera leve hasta grave; por lo general es episódica, pero puede ser recurrente o crónica, y es más frecuente en las mujeres que en los hombres. Este trastorno puede aparecer en cualquier momento de la vida, aunque la incidencia es mayor en la adultez: la tasa de recurrencia es más elevada en los pacientes mayores de 45 años. Sin embargo, cada vez se identifican más casos de depresión en adolescentes y adultas/os jóvenes.

Uno de los desenlaces especialmente trágicos del trastorno depresivo es la conducta suicida, incluyendo las muertes por suicidio, según la clasificación CIE-10 (3). Cabe anotar que entre el 15 % y el 20 % de los pacientes depresivos consuman el suicidio, siendo este uno de los desenlaces evitables de la depresión.

De acuerdo con la conceptualización anterior, para este estudio se tuvo en cuenta tanto el conjunto de síntomas característicos de la depresión, consignados en el manual de psicopatología CIE-10, como las menciones que las y los participantes hicieron de la terminología correspondiente en su experiencia de vida durante la pandemia. Uno de los hallazgos significativos sobre esta categoría fueron los casos de participantes que refirieron haber sido diagnosticadas/os con depresión, o tener un familiar o una persona de su círculo cercano con un diagnóstico de depresión antes, durante y después de la pandemia. De estas personas, una cantidad importante manifestó haber recibido tratamiento y ayuda profesional, con psiquiatría y/o psicología, para enfrentar dicho trastorno de salud mental.

Sobre este tema, algunas/os participantes dijeron estar recibiendo medicación psiquiátrica y otros manifestaron que, a pesar de tener una prescripción de medicamentos para los síntomas depresivos, han decidido no seguir consumiéndolos, debido a que experimentaron efectos secundarios a nivel cognitivo y de comportamiento. Este fue el caso de una auxiliar de enfermería que participó en una entrevista a profundidad:

Con la depresión me habían puesto varios medicamentos. Empezamos como con lo más suavecito y terminamos con pregabalina 50, no sé qué, creo que fue la última la pregabalina, no me acuerdo bien si fue la pregabalina o fue otro. El caso es que, efectivamente, esas pastillas, las últimas, me dejaron como el temblorcito en la mano izquierda. Hay momentos en los que me empieza a temblar la mano sin ninguna razón ni nada, y empezó a partir de ese medicamento. Y el doctor sí dijo: “es un efecto secundario del medicamento, algunos temblores”, no sé qué más. Y yo: ¡ash, lindo!... También en ese tiempo los síntomas eran que yo ya no



---

me podía concentrar bien por las pastillas, esas pastillas lo dejan a uno también en un piloto automático impresionante. Entonces yo estaba acá, yo era consciente y yo escuchaba, pero no lograba como conectar las ideas, no podía ni hablar y para mí, yo sabía que estaban hablando y que me estaban diciendo algo, pero no sabía qué era, o sea, yo: “sí”, solo atinaba a decir sí (23).

Los relatos de las personas que aportaron sus experiencias y vivencias al estudio permitieron vislumbrar un impacto significativo de los efectos de la pandemia en su estado de ánimo, al estar expuestas a una realidad social difícil de procesar emocionalmente y al presentar una alta sensibilidad por las muertes que causó el COVID-19. Las muertes de personas conocidas y desconocidas generaron sentimientos de tristeza, impotencia, culpa y dolor, que en algunos casos resultaron en trastornos de depresión. En un grupo focal realizado en la localidad de Puente Aranda, un empleado administrativo de una empresa de alimentos compartió su experiencia al respecto:

Casualmente a mí me pasó una situación de depresión fuerte, tuve una depresión fuerte, por la misma situación que veía uno de mucha gente fallecer. Las noticias, casi no veía noticias, pero sí, esta situación sí me llevó al caso de depresión, estuve con psicología y estuve con temas de medicina. Pero pues ya sale uno de ese umbral, de pronto la psicología, el mismo psiquiatra lo hace salir uno de ese umbral; otra parte que, si esto es muy personal, yo soy muy creyente, muy creyente en Dios, me encanta ir a la iglesia [y] no lo podía hacer, entonces todas estas cosas como falta de valores espirituales, se desmembró también (22).

Al compartir sus historias, otros participantes hicieron referencias explícitas a las manifestaciones físicas de sus emociones, relacionadas por lo general con un bajo estado de ánimo, percepciones de inseguridad y llanto excesivo. Este fue el caso de una vendedora que trabaja en el espacio público:

Manejar las emociones es un poquito complejo. Siento que sí, la pandemia nos quitó parte de ciertas cosas. Manejar mis emociones es un poco complejo. A veces, soy como de encerrarme, lloro y me desahogo. Ahorita es que salgo. De ese tiempo hasta ahora a mí no me gustaba salir. De resto yo soy de la casa al trabajo, y del trabajo a la casa. Y me dicen que no puedo encerrarme, que tengo que buscar en qué entretenerme (24).

Particularmente en relación con el encierro en las fases de aislamiento obligatorio, se evidenció que los participantes experimentaron sentimientos de soledad, inferioridad, culpa y minusvalía, vinculados directamente con la experiencia de estar encerrados durante el confinamiento obligatorio. Las y los participantes también reportaron momentos de descuido de sí mismos en términos de apariencia física y conflictos personales, catalogados metafóricamente como “en guerra conmigo”, cuando tenían demasiado tiempo libre en el confinamiento, lo cual les generaba desmotivación, insomnio y desinterés para desarrollar actividades nuevas. Por ejemplo, como comenta una vendedora informal del espacio público:

Uy, no pues claro, porque el sentirte, o sea, yo siempre he sabido que soy sola. Pero en ese momento es darte cuenta que una cosa es tú creer que estás sola, y otra cosa es aceptar de que sí lo estás, y que tanto tu vida como la de tu hijo depende netamente de lo que tú hagas. Entonces es muy fuerte. Y no tener con quién conversar. Entonces a mí me

---

ha tocado ser empírica en todo: aprenda a trabajar, aprenda a estudiar, aprenda. Todo lo he aprendido yo sola. Yo nunca tuve... mi mamita, pues ella en lo que pudo me ayudó, pero pues mi generación yo como digo, somos hijos de la ignorancia. Ellos no sabían de pronto como educarnos, como guiarnos, y a mí me tocó aprender muchas cosas sola (19).

Las manifestaciones de depresión también fueron evocadas en los relatos de los y las participantes en situaciones que narraban cambios de estilo de vida por el confinamiento: el estrés prolongado por la vivencia de la pandemia, el desempleo, la escasez de recursos económicos y la baja tolerancia a la frustración al tener que volver a retornar a la vida normal una vez que se dio por terminada la pandemia en la ciudad. Estas vivencias las mencionaron varias/os participantes en los grupos focales y las entrevistas a profundidad, como la gestora social de una entidad del Distrito y una mujer que se encontraba desempleada durante la pandemia:

Pues el trastorno de depresión me lo dejó. Debido a que uno llora mucho, sobre todo por mi familia, como le digo, o sea, mi pareja estaba acá, pero pues obviamente como el estrés y todo esto, pues me llevó al psiquiatra... que pues la peleadera, de pronto hasta agresiones físicas, porque pues la verdad esto se presenta en el hogar, digámoslo así, entonces me llevó al punto de que me colapsó y pues me quería matar. Me intenté suicidar, entonces para eso, pues me tocó recurrir al psiquiatra y todo el cuento, porque pues yo ya no aguantaba más, o sea, es que era un voltaje muy grande. Mi mamá, por un lado; mis tías, por el otro; mi pareja, por el otro; las deudas, por el otro, el arriendo... (25).

Sí, porque ahí entonces empezó uno a darse cuenta de que la gente se empezó a deprimir, ahí me empecé a dar cuenta que mi hija sufría como depresión, se empezó a deprimir, ya no quería seguir en el colegio, cuando ya volvió a empezar el colegio ya no quería ir al colegio porque duró mucho tiempo encerrada. Volvió y fue muy duro porque entonces se la pasaba llorando, o sea, fueron muchas cosas que... que uno a veces no se explica por qué pasan las cosas, pero pues sí pasan por algo (26).

Al mismo tiempo, se evidenció una fuerte carga afectiva asociada a los conflictos de pareja, los vínculos familiares y las relaciones interpersonales afectadas en la pandemia. En algunos casos, es probable que dichos conflictos existieran antes de la pandemia y revelaran aspectos relacionados con una disfunción familiar (en casos de familias multiproblemáticas), que se agudizaron a raíz de las circunstancias causadas por el COVID-19, donde podían conjugarse aspectos como bajos ingresos económicos, precariedad laboral, antecedentes de enfermedades mentales o físicas, caos en las relaciones de convivencia, falta de estrategias de afrontamiento, entre otras. Muchas veces, dichas complicaciones iban acompañadas de sentimientos vividos como **desprotección, fragilidad y abandono**, fuertemente vinculados con evocaciones hacia el pasado y la infancia, en donde las personas revaloraban su vida en función de la crianza que habían tenido y la relación con sus madres y padres. Una vendedora que trabaja en el espacio público de la ciudad narró lo siguiente:

El sentirme desprotegida, sí, porque bueno: usted no puede salir, no se puede enfermar, porque la niña ¿qué? Mi hija pues sola, porque yo no me la podía traer para acá, en la casa se pegó de las redes sociales; entonces ya las redes sociales se volvieron los dueños absolutos de la verdad. Todo el



mundo en las redes sociales tiene una vida perfecta, maravillosa y sobre todo los pedados, son buenos para lucir sus cosas y empieza ella: “no mami, es que yo no tengo esto, yo no tengo esto, yo no me pongo esto, yo, ¿por qué no hago esto?, si todos lo hacen, todos lo tienen”. Y empezar en esa contradicción de: así yo esté mal, demostrarme que estoy bien y tratar de hacerla entrar a ella en razón, pues es muy difícil. [...] Lo que pasa también [es] lo que yo hablaba hace rato: nosotros somos de una época diferente donde la crianza fue diferente, nosotros no tuvimos derecho a decir: “me siento mal”, nosotros no tuvimos derecho a decir “oiga, sí, algo está pasando en mi cabeza”, porque uno medio se le corría el casete y de una ya estaba la mamá con la chancleta reiniciándole a uno el Windows, ¿sí?, ese era el psicólogo de nosotros (24).

### I 2.4.2. Trastorno afectivo bipolar

Con base en estos hallazgos, la depresión aparece como un cuadro sintomático de diferentes niveles de gravedad, profundidad e intensidad, relacionados con el estado afectivo y ánimo de las personas, y sigue siendo uno de los principales problemas de salud pública en la ciudad de Bogotá, el cual se vio agravado por las diferentes complicaciones sociales que trajo consigo la pandemia.

### I 2.4.3. Ansiedad y depresión

Este es un cuadro sintomático en el que se presentan episodios de manía, “caracterizados por euforia, mayor actividad, excesiva confianza en sí mismo y dificultades para concentrarse” (27), luego de atravesar episodios de depresión en ciclos sucesivos relativamente prolongados (3). De todos los participantes del estudio, solo una persona mencionó haber sido diagnosticada con este trastorno, y no se encontró que fuera una constante en los diferentes problemas y eventos de salud mental suscitados por la pandemia.

Las y los participantes refirieron estados de salud mental con afectaciones mixtas en los que aparecen simultáneamente síntomas de ansiedad y depresión. En algunos casos se evidencia la presencia de una de las dos sintomatologías después de haber iniciado la pandemia, mientras que la otra era preexistente. Cabe destacar que, en la mayoría de estos casos, las personas usaron la palabra “trastorno”, haciendo referencia a un diagnóstico y un proceso de atención en salud mental, que se afectó con los retos impuestos por la pandemia. Así lo hizo una médica urgencióloga de un hospital privado, quien compartió la situación de una persona allegada:

Otra amiga empezó con un trastorno de ansiedad, pues ya venía con algunas cosas que había tenido, como una situación familiar muy difícil, y pues empezó con otras cosas. Ya venía con un trastorno de depresión, como duelo ahí prolongado, luego vino la pandemia, entró en una ansiedad terrible, no dormía, digamos... ella en un momento de cierre, de apertura y cierre, se fue de la ciudad y no pudo volver (28).

La mayoría de los casos en que se combinan experiencias de ansiedad y depresión fueron referidos principalmente por las personas del grupo de referencia del personal médico y de salud que atendieron pacientes en clínicas, UCI, hospitales o mediante las líneas de atención de la ciudad. Este es un indicio claro de las graves afectaciones que tuvo esta población específica en el desarrollo de su labor profesional, las cuales se reflejan en el relato de una médica de la línea de escucha y orientación del Distrito:

Sí, lo que te digo, o sea, cuando mi mamá estuvo en ese proceso – que eso fue para octubre del 2021, más o menos, si no estoy mal–, pues lo que te digo: me dio un trastorno de ansiedad y depresión que no

podía tripular, o sea, el solo hecho de ver pacientes o tener que trasladar pacientes con COVID me generaba llanto. [...] Entonces, tuve que pedir una reubicación laboral, la cual no me dieron, y finalmente terminé renunciando a ese trabajo porque me sentía obligada a hacer algo que en ese momento no estaba capacitada [para hacer], y que aun estando justificado clínicamente que no podía, o que [necesitaba] un tiempo mientras me recuperaba, no lo hicieron (29).

Adicionalmente, se encontró una fuerte relación entre ambos trastornos, inducida específicamente por la experiencia de la pandemia, que impulsó mayores comorbilidades de salud mental. Teniendo en cuenta la dimensión emocional, cognitiva y comportamental de las personas de la ciudad, podría decirse que la pandemia incrementó los casos de mixtura ansiosa-depresiva, consistente en un malestar psicológico para las personas que no encontraban las herramientas necesarias para enfrentar los retos, demandas y exigencias de la supervivencia ante una amenaza biológica e inmunológica como el COVID -19. Esta fue la experiencia de una auxiliar de enfermería que participó en una de las entrevistas a profundidad del estudio:

Pues yo creo que fue más todo como a nivel mental, o sea, yo ahorita estoy diagnosticada con depresión no sé qué, no me acuerdo bien el vaino completo [sic], y con ansiedad generalizada con yo no sé qué vaina... bueno, un diagnóstico ahí todo interesante. Yo sé que esos diagnósticos no se dan como de un día para otro, y que son cosas que van pues apareciendo a lo largo de la vida y que en un momento estallan, ¿no?, pero pues en mí estalló cuando empezó la pandemia. O sea, empezó la pandemia, empiezo a vivir

todo esto y como que mi cerebro siguió acumulando, siguió acumulando y ¡pum!, estalló; entonces, ahí fue cuando me diagnosticaron la depresión y la ansiedad. Obviamente me dejó varias cosas, no sé (23).

De los relatos se puede inferir que, las circunstancias de la pandemia han terminado por afectar la salud mental de las personas en una combinación de cuadros sintomáticos, en los cuales se conjugaban las preocupaciones por el futuro y la desesperanza por las propias capacidades para hacer frente a los retos y desafíos en materia cultural, económica y ambiental. Uno de los coordinadores de salud mental del Distrito lo describió de la siguiente manera:

También se han encontrado casos donde las personas manifiestan dificultades o trastornos ya diagnosticados en ansiedad, depresión. Al interior de la secretaría se hizo un ejercicio con el equipo funcional, con el área de provisión de servicios y de planeación sectorial, que son los que recaban los RIPS: el registro individual de prestación de servicio, donde se encuentran los motivos y los diagnósticos que se generan a través de la consulta. Se observaba un alto número de casos asociados a ansiedad y depresión o trastornos mixtos, es decir, que ya estos dos están combinados; y eso es una alerta frente a lo que se debe desarrollar en acciones de abordaje a estas problemáticas, o a estos trastornos como tal (30).



## ► 2.5. Ideación, intento y muerte por suicidio

El Ministerio de Salud y Protección Social explica la conducta suicida como “una secuencia de eventos, denominado proceso suicida que se

da de manera progresiva, en muchos casos, e inicia con pensamientos e ideas que se siguen de planes suicidas y culminan en uno o múltiples intentos, con aumento progresivo de la letalidad sin llegar a la muerte, hasta el suicidio consumado” (31). La conducta suicida se considera un síntoma de un malestar o trastorno emocional o mental, y no representa un diagnóstico en sí mismo. En consecuencia, se debe evaluar la presencia de otros síntomas emocionales o comportamentales que en conjunto hagan parte de su diagnóstico. La Organización Mundial de la Salud (OMS) ha alertado recientemente sobre el aumento de este fenómeno en la región de las Américas, especialmente por el impacto de la pandemia en la salud mental de la población (32).

Con este horizonte conceptual, en el presente apartado se exponen los hallazgos relativos al suicidio, estableciendo cuáles son los grupos poblacionales más afectados y cuáles han sido los principales factores asociados.

Durante el periodo inicial de la pandemia (año 2020) se redujo de manera significativa el reporte de la conducta suicida al subsistema de vigilancia epidemiológica del Distrito (SISVE-COS)<sup>2</sup>, encargado de recabar los datos referidos a la ideación, el intento, la amenaza y las muertes por suicidio. No obstante, desde el año 2022, los casos de conducta suicida reportados en Bogotá crecieron significativamente, al punto de que dicho subsistema de vigilancia del Distrito capital generó una alerta epidemiológica alrededor de la conducta suicida (33). Según datos de la Secretaría de Salud de Bogotá,

---

2. Sistema de vigilancia epidemiológica de la conducta suicida.

durante el 2022 se presentó un aumento de 61.05 % en casos de ideación suicida<sup>3</sup>, de 37.17 % en casos de intento suicida, y de 6.7 % en suicidios consumados, en comparación con 2021 (33).

A partir de la información recolectada en el estudio, se identificaron casos de ideación, intento y consumación suicida, propios o ajenos, en ocho de los diez grupos de referencia<sup>4</sup>; viéndose afectada tanto la población infantil como jóvenes, adultas/os mayores y personal de la salud.

En cuanto a la población infantil, se recolectó información relacionada con estudiantes de colegios públicos y privados, hijas e hijos de docentes y pacientes. Con base en lo manifestado por las y los participantes, las principales causas asociadas a **ideación suicida** durante la pandemia en niñas y niños fueron el confinamiento, los trastornos de conducta alimentaria y los problemas al interior de las familias. Así lo relata una psicóloga de una entidad pública estatal:

*Sí hay muchos más casos de conductas suicidas en comparación del 2019, pero la cifra está disparada. Estamos empezando a entender qué es, pero la hipótesis sí es que, pues, tiene que ver con lo que pasó en la pandemia, porque es que se ve el cambio de 2019 a hoy, y es una cifra que se disparó y sube, sube y sube, y no la hemos podido frenar. (34).*

---

3. La conducta de ideación suicida se refiere a pensamientos en los que la persona considera la opción de atender contra su propia vida; la conducta de intento suicida es comprendida como una “conducta potencialmente lesiva autoinfligida y sin resultado fatal, para la que existe evidencia, implícita o explícita, de intencionalidad de provocarse la muerte”, y el suicidio se define como “acto autolesivo intencionado con resultado de muerte”. (33).

4. Docentes y cuidadoras de niños y niñas de primera infancia; docentes de niños, niñas y adolescentes entre 7 y 17 años; personal de salud; conductores, vendedores ambulantes y otros trabajadores en el espacio público; personal de atención en hogares de paso - comunidades de apoyo; universitarios y adolescentes escolarizados.

---

Las y los profesionales de atención psicosocial señalaron que los casos se presentaron desde los siete años en adelante, mientras que las y los funcionarios de las líneas de escucha y orientación del Distrito indicaron que muchas llamadas relacionadas con ideación suicida son de niños y niñas consumidores de sustancias psicoactivas; de hecho, se ha observado que algunos intentos de suicidio se han producido mientras se encontraban bajo los efectos de estas sustancias.

Los **intentos suicidas** en esta población estuvieron relacionados con la soledad durante el confinamiento obligatorio, el acoso escolar, el consumo de licor, la afectación en la capacidad de gestionar las emociones, la ausencia de herramientas de solución de conflictos, la dificultad para crear vínculos estables y la falta de compañía en las familias. En el ámbito escolar, profesionales en psicología indicaron una pérdida de interés por parte de las niñas y los niños en ciertas actividades en las que no se sienten cómodos ni aprenden, en consecuencia, sienten una tristeza profunda, cuadros de depresión y ansiedad (35,36,37). En tal sentido, un funcionario de salud mental del Distrito explicó que:

En el caso de conducta suicida, pues está asociado y lo que hemos visto es con estilos de afrontamiento, también asociado a las pautas de crianza. Digamos que la inmediatez de muchas de las cosas que requieren los chicos los hace muy vulnerables a no tener esos estilos de afrontamiento adecuados. Algunos casos también hablan de matoneo, también como uno de los factores que pueden presentar estas conductas (30).

Por otra parte, con respecto a las muertes por **suicidio**, se encontró que estas estuvieron relacionadas con sintomatología causada por depresión, el confinamiento obligatorio, abuso de sustancias, violencia intrafamiliar y abuso se-

xual; como lo relata un profesional de enfermería en control epidemiológico en el aeropuerto:

A mí me han llamado mucho, porque son muchos, son muchos; pues no puedo hablar de esas cosas porque sería como violentar, además desde la ignorancia, la intimidad de las personas. Pero yo de experiencia puedo decir [que] yo he trabajado con muchas personas que son muy buenas, además, perdieron una cantidad de suicidios tremendos y relacionados con violencia sexual, abuso de sustancias, una cantidad de cosas (38).

En síntesis, tanto las y los expertos consultados como las y los funcionarios del Distrito afirmaron que se han presentado casos de suicidio de niños, niñas y jóvenes de todos los niveles socioeconómicos, debido a que la familia no opera como un entorno protector, no garantiza un entorno seguro de cuidado y genera profundas sensaciones de soledad (39). Adicionalmente, una de las conclusiones que aportó un funcionario del Distrito, experto en conducta suicida (30), es que en el caso de las niñas y los niños, las pautas de crianza están incluyendo la inmediatez en los estilos de afrontamiento.

Ahora, con respecto a la población juvenil, se conocieron casos de ideación en estudiantes universitarias/os, los cuales estuvieron asociados con violencia intrafamiliar y con el hecho de que los hogares fueron escenarios de vulnerabilidad durante la pandemia. Así mismo, trabajadores y trabajadoras de la salud reportaron un marcado aumento en los casos de suicidio de jóvenes, relacionados con problemas en el ámbito académico, las relaciones sexoafectivas, el síndrome de desgaste profesional, la precarización laboral, los horarios extendidos y el cansancio generalizado frente a la productividad que se les exige.

De igual forma, entre las mujeres que participaron en el estudio, se evidenciaron al menos cuatro casos de ideación e intento suicida, que fueron oportunamente intervenidos. Los motivos estuvieron ligados a dificultades económicas, violencia intrafamiliar, inestabilidad y sobrecarga laboral. Una situación similar se evidenció en el caso de las personas adultas mayores, quienes vivieron impactos diferenciados por las medidas de confinamiento obligatorio, las dificultades económicas y la soledad.

En general, de acuerdo con las y los profesionales de salud mental consultados, algunos factores que incidieron en el aumento significativo de la ideación, el intento y las muertes por suicidio en Bogotá durante la pandemia fueron: los problemas de convivencia familiar en entornos agresivos, especialmente en el marco del confinamiento obligatorio; el desempleo, y la pobreza. En tal sentido, se puede entender el incremento del suicidio como una de las expresiones de la crisis en salud mental que resultó de la pandemia.

## ▶ 2.6. Trastornos del sueño



Los trastornos del sueño constituyen una patología muy común, ya sea de manera independiente o asociada a otros trastornos (40). De acuerdo con la CIE-10 (3), las alteraciones del sueño incluyen insomnio, hipersomnia, alteraciones del ritmo sueño-vigilia, sonambulismo, terrores nocturnos y pesadillas (41). De estas alteraciones, la que más se reportó en el estudio fue el insomnio: que consiste en la persistente dificultad para la conciliación o el mantenimiento del sueño, el despertar precoz o tener un sueño poco reparador, a pesar de disponer de condiciones adecuadas para descansar (40).

En términos generales, se pueden identificar algunos tipos de insomnio: uno primario, donde el déficit de sueño es el problema central en sí; y otro secundario, donde el insomnio se presenta como una manifestación o síntoma de un trastorno de base. De igual forma, teniendo en cuenta la clasificación de los trastornos del sueño (40), se identificaron dos tipos de afectación recurrentes en el presente estudio: **el insomnio causado por una inadecuada higiene del sueño y las alteraciones del ritmo circadiano** (ritmo sueño-vigilia irregular).

La inadecuada higiene del sueño consiste en el ejercicio voluntario de actividades que generan un estado de alerta, como el consumo de alcohol y cafeína; la realización de actividades que requieren esfuerzo mental, físico o emocional antes de acostarse; el mantenimiento de condiciones inapropiadas como la luz o el ruido, y las prácticas que obstaculizan la estructuración adecuada del sueño, como las siestas frecuentes durante el día o grandes variaciones en las horas de acostarse o levantarse (40). Las alteraciones en el ciclo sueño-vigilia se presentan cuando el tiempo dedicado al sueño no coincide con el ritmo circadiano biológico de cada persona, y a menudo se manifiestan en el retraso, el adelanto o la intermitencia en los tiempos de conciliación del sueño (40).

En los diez grupos de referencia se reportaron características compartidas de estas dos afectaciones, siendo las y los estudiantes universitarios y adolescentes escolarizados quienes reportaron casos de mayor frecuencia.

En un grupo de docentes se refirieron casos de insomnio asociados a la angustia, incertidumbre y zozobra por el avance de el COVID-19; la pérdida de rutinas y horarios para dormir debido al desempeño de actividades laborales en altas horas de la noche; la tendencia a sobrepensar; la incapacidad de desconectarse del trabajo, y los síntomas relacionados con la ansiedad y



---

el síndrome de desgaste profesional. El relato de una docente de un jardín infantil ejemplifica este tipo de afectaciones:

Todo el tiempo mi cabeza está maquinando y eso viene en la pandemia, pues porque yo cumplía con mis responsabilidades de día, pero como yo tenía el niño y tenía que acompañarlo en su clase, y pues yo dejaba todo listo en la casa en la noche. Cuando yo ya no sintiera que ya habíamos terminado, empezaba con el otro trabajo: como que más trabajo, más trabajo, y ahora mi cabeza ya no se acostumbró a que teníamos que trabajar de día, sino ahora sigue con el cuento de que mi cabeza y mi cerebro trabajan en la noche. A veces yo me despierto a las dos o tres de la mañana y yo “¡ay, esto lo puedo hacer!” Sí, me pasa eso y mi cerebro no se ha vuelto a habituar a que yo tengo que dormir completo, sino mi cerebro sigue (42).

En los grupos de referencia de personal de la salud, los trastornos del sueño estuvieron relacionados con ansiedad, ataques de pánico, síndrome de desgaste profesional por ampliación de la jornada laboral, consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas, así como alteración del horario de sueño para desarrollar actividades de entretenimiento. Sobre estas alteraciones, un profesional de control epidemiológico en el aeropuerto anotó:

Yo puedo decir que venía con temas de ansiedad, de no poder dormir, de ataques de pánico y todo, pero pues eso fue realmente tema de pandemia, que uno no pudiera dormir, conciliar el sueño. Pues es que cuando uno altera sus actividades diarias, el ciclo circadiano cambia sí o sí, entonces, es permanecer más tiempo encerrados, limitarse exclusivamente al trabajo (casa, trabajo – casa), eso afecta, y ya después uno le va sumando la carga emocional que trae el día a día (38).

Por otro lado, entre las y los profesionales del área de acompañamiento a población vulnerable, el insomnio estuvo vinculado a la extensión del horario laboral, el miedo, la situación económica y las condiciones de confinamiento de la población con la que trabajaban durante la pandemia. Una participante refirió la utilización de productos naturales para facilitar la conciliación del sueño, mientras que otra participante refirió que su problema para dormir estaba asociado a un diagnóstico previo de bipolaridad que se vio acentuado por la pandemia.

En la población de estudiantes universitarios, la modificación de los horarios de sueño fue generalizada: las y los participantes coincidieron en que regularmente se acostaban a dormir en la madrugada, entre las 2:00 y 5:00 de la mañana, usualmente para desarrollar actividades de entretenimiento como ver series de televisión y jugar videojuegos, o también para avanzar en los trabajos de la universidad. Además, los trastornos del sueño se vincularon a trastornos de la alimentación y afectación de la salud mental por el uso permanente de pantallas. En algunos casos, estas situaciones implicaron reducción de la atención en clases y dificultad para concentrarse. Por otro lado, se presentó un caso en el que la persona dormía todo el tiempo, de día y de noche, por lo que recurrió a terapia psicológica.

Sin embargo, de todos los grupos, las y los estudiantes de colegios públicos y privados fueron quienes más reportaron trastornos de sueño; ya que se modificaron sus horarios por el desarrollo de actividades de ocio en pantallas de celulares, computadores, tabletas o televisores.

La información relacionada por las y los participantes da cuenta de distintos niveles de afectación en el desarrollo de las actividades diarias a causa de los trastornos del sueño. En el caso de las personas adultas parece haber

una normalización de estos trastornos y, en la medida en que las alteraciones del ritmo circadiano se dieron en función del trabajo, las afectaciones en el rendimiento laboral no fueron mayores. El escenario opuesto se reportó por parte de las y los adolescentes escolarizados, quienes presentaron alteraciones en el ritmo de sueño-vigilia, derivadas de actividades de ocio con una permanente conexión a pantallas, bien fuera para jugar videojuegos o para ver series y películas. En estos casos, las actividades escolares diarias sí se vieron fuertemente afectadas porque hubo deficiencia en la atención y en el desarrollo de funciones cognitivas durante el día; de hecho, varias/os docentes afirmaron que después del confinamiento muchos niños y niñas regresaron a los colegios con dificultades de adaptación al entorno, a las normas y al ritmo de estudio previo a la pandemia, incluso presentando deficiencias en el lenguaje y problemas de conducta.

## ▶ 2.7. Alteraciones en la conducta alimentaria



Las alteraciones en la conducta alimentaria se pueden entender como variaciones o modificaciones específicas en la ingesta de alimentos, cuando las personas presentan patrones distorsionados en el acto de comer, caracterizados por comer en exceso o dejar de hacerlo. Por lo general, esto se debe a un impulso psíquico y no necesariamente a una necesidad metabólica o biológica (43).

Cuando este tipo de alteraciones son severas y prolongadas, y además se presentan atracones, arcadas y variación desmedida del peso corporal, pueden catalogarse como síndromes complejos y patologías denominadas como **trastornos de la conducta alimentaria**, que cobijan un conjunto variado de atributos respecto al acto

de comer, con expresiones físicas, psicológicas y conductuales muy precisas (43). Los principales trastornos identificados en la conducta alimentaria incluyen la anorexia nerviosa (AN), la bulimia nerviosa (BN) y el trastorno de atracones (TA), pero existen otros trastornos como la pica, el trastorno de rumiación, el trastorno de restricción de la ingestión de alimentos y el trastorno por ingestión compulsiva (44).

Dentro de los hallazgos más relevantes en esta subcategoría de análisis se destacó el aumento súbito en el consumo de alimentos y bebidas azucaradas y gasificadas, como los comestibles en paquetes, las comidas rápidas y las gaseosas. Las y los participantes manifestaron haber incrementado su consumo de comida ultra procesada o “comida chatarra”, además del hábito de pedir alimentos preparados a domicilio durante el confinamiento. Dichas alteraciones en los hábitos de consumo se evidenciaron en la mayoría de los grupos de referencia y, en muchos casos, implicaban patrones de ingesta relacionada con el “picar” o consumir alimentos compulsivamente en intervalos más cortos durante el día. Las razones de este consumo fueron descritas la mayoría de las veces como una respuesta a la **ansiedad y el estrés** causados por el encierro, la alta carga laboral y los conflictos familiares, como se aprecia en la narración de un profesional de acompañamiento a niñas, niños y jóvenes:

[...] Me di cuenta de que yo tenía una relación muy dependiente con el azúcar. No me había percatado hasta que llegó la pandemia, porque antes todo el tiempo estaba en actividad y cuando ya [estaba] en el encierro, estaba todo el tiempo en casa, entonces a mí me empezó a dar ansiedad hasta que me di cuenta de que llevaba tres días sin comer dulces. Claro, yo todos los días consumía algo de azúcar y claro, el cuerpo ya la necesita, entonces fue muy interesante,



---

porque el azúcar es una sustancia psicoactiva, de la cual no se habla mucho como sustancia psicoactiva (45).

A nivel general, los hábitos de consumo no saludables fueron comunes en la vida de las y los participantes del estudio. Varias/os de ellos disminuyeron el balance en su dieta, experimentaron un aumento del peso corporal, redujeron el ejercicio físico y adoptaron conductas sedentarias. Estas circunstancias terminarían por afectar su salud física y mental, generando casos de malnutrición y otros problemas, ya fuera por exceso o falta de alimentación. Al discutir este tema en un grupo focal, una profesional de salud pública compartió un testimonio que da cuenta del papel neurálgico que jugaron la ansiedad y otras formas de malestar psicológico en los cambios de la conducta alimentaria durante el confinamiento obligatorio:

En el tiempo de la pandemia, ese encierro a ella la llevó a consumir y a consumir alimentos que tenían azúcares y terminó casi en un coma diabético. Terminó en UCI, preciso en 2021, y fue tras un año de venir en ese momento de ansiedad y de consumir y consumir y consumir. En mi hogar, acá con mi esposo, también nos pasó que, los sábados, los domingos, los festivos, no salíamos sino solo al mercado, porque no se podía más, entonces, ¿en el mercado qué incluíamos? Paquetes, dulces, chitos, papas fritas... cosas que utilizábamos para ver una película y tratar de hacer que el tiempo fuera más llevadero en ese encierro, ¿sí? Y ahorita yo me pongo a pensar, por lo menos en estos momentos, yo tengo [un problema de] tiroides a raíz de esa cantidad de paquetes y esos hábitos que en el tiempo de pandemia en mi casa desafortunadamente empezaron a aparecer (46).

El testimonio evidencia que tanto la ansiedad como los factores internos a nivel psicológico también jugaron un papel neurálgico en los cambios de la conducta alimentaria de los y las participantes. Al suceder la pandemia, el distanciamiento social, el confinamiento obligatorio, el miedo colectivo, la incertidumbre, la ansiedad y las restricciones de movilidad; llevaron a la gran mayoría de las personas a hacer un reajuste en su estilo de vida.

Estos cambios significaron grandes retos a nivel personal y parte de ese esfuerzo psicológico se vio reflejado en la conducta alimentaria. Como expresa Silva (47), las alteraciones en la alimentación tienden a desencadenarse cuando las personas están pasando por un período difícil de transición: como una crisis, un trauma, un choque o una pérdida; lo cual está ligado intrínsecamente a los factores psicoafectivos de la conducta alimentaria. En la misma línea, múltiples estudios establecen que estas alteraciones se pueden producir cuando hay un alto grado de estrés o distrés en el entorno de una persona, creando casos de sobrealimentación y/o restricción de consumo, propiciando la emergencia de trastornos de la conducta alimentaria (48).

El grupo de referencia de profesionales de salud pública y profesionales de acompañamiento en salud mental mencionaron el incremento de las consultas por alteraciones severas en la alimentación, en las diferentes poblaciones que atendieron. En algunos casos, este aumento se debió a que la convivencia prolongada permitió notar conductas o patrones inusuales de alimentación en las hijas y los hijos, o en otros miembros de la familia, como explica un profesional de salud mental de una entidad privada:

Siempre me ha gustado mucho el tema de trastornos de la conducta alimentaria y antes llegaban, no sé, cuatro casos a la clínica al año, era muy eventual. Con la pandemia se

---

dispararon increíblemente, o sea, hicimos un estudio y de verdad era cinco veces más de lo que era antes de pandemia; pues digamos que pueden ser muchas cosas, también el tiempo libre que quedó o el tiempo que los papás permitieron más acercamiento con sus hijos, porque muchos papás, en torno a tener como una buena parte de economía y todo lo demás, trabajan mucho y no se habían permitido como acercarse a sus hijos, y cuando empezaron a ver todo este tipo de conductas, eh, pues se dispararon [las consultas] (49).

Por otra parte, además de los casos de ingesta excesiva o compulsiva de alimentos, se presentaron casos de ejercicio físico excesivo o restricción en la ingesta de alimentos, como una posible consecuencia de las estrategias de afrontamiento que algunas personas implementaron. Al tener mayor disponibilidad de tiempo libre durante esta temporada y no poder usarlo en actividades fuera del hogar, muchas personas se enfocaron en cambiar su apariencia física por medio de la dieta y la actividad física, en algunos casos llegando a extremos poco favorables para la salud. Sobre este escenario, un profesional que trabaja para el equipo de salud mental de una entidad privada, comentó lo siguiente:

Ahora nosotros que vemos pacientes solo de trastorno de conducta alimentaria, el relato es: “en la pandemia empecé a hacer una rutina de 20 minutos” y después terminaron haciendo 2 a 3 horas [de ejercicio] y además restringiendo [la alimentación], tomando agua, empezando a verse diferentes. Y cuando volvieron a la presencialidad (porque la mayoría son escolares o personas en primeros semestres), sus compañeros les dijeron: “¡cómo estás de gorda, te subiste!”, o al contrario: “qué bonita estás, has adelgazado, te sirvió lo que hiciste” (49).

Esta situación también se apreció desde el punto de vista de una ama de casa que participó en un grupo focal y compartió su caso:

A raíz de la maluquera que me dio, se me subió la tensión y me mandaron a tomar pastas, entonces, debido a la obsesión que tenía de hacer dieta (porque estaba pesando 82 kilos), ¿qué hacía yo?: me levantaba, hacía oficio, daba almuerzo y ponía el celular ahí y... hágale, y hágale, haga ejercicio. Bajé 12 kilos en ese momento. Claro, cuando me di cuenta, llegué a pesar 35 kilos... Andaba, ya me veían y decían: ¿a usted qué le pasó?, que no sé qué. Ya me veía. Gracias a Dios donde llegaba, ya después de la pandemia, eso sí, donde iba me daban de comer. Pensaban que me estaba muriendo de hambre y no, no era que me estuviera muriendo de hambre, sino por mi obsesión tan terrible... Llegué a hacer una dieta tan dura, tan dura, que yo no comía sino por ahí verduritas de a poquito y tome agua y tome agua (21).

Como se evidencia en estos relatos, un factor relevante en los trastornos de la conducta alimentaria tiene que ver con **la percepción corporal y de la apariencia física** que tienen las personas cuando desarrollan este tipo de alteraciones. De acuerdo con Santacoloma y Quiroga, en este tipo de situaciones la representación mental del cuerpo se genera displacentera, “creando en la alimentación una distracción inmediata para evitar y olvidar tal sensación negativa con su corporeidad; tal enmascaramiento, hace que se reduzca la ansiedad y la amenaza al *self*, o mejor, al sí mismo” (48).

La alteración de la percepción de la imagen corporal no es solamente subjetiva, ya que está condicionada por los estándares socioculturales de belleza, donde se valora positivamente una estética fetichizada por la delgadez y

mercantilizada por los productos de cosmética, impulsados masivamente en la era del capital mundializado y la producción de sentidos anclados en el culto al ego, la apariencia física y la estética esterilizadora (48). Adicional a esto, se suele indicar la adolescencia y juventud como una etapa sensible para desarrollar este tipo de alteraciones en la conducta alimentaria, debido a la formación de su identidad que está avanzando una fase de estructuración y desarrollo (47,48).

Por tanto, a partir de los hallazgos se evidencia que la pandemia y el confinamiento obligatorio trajo consigo modificaciones en la conducta alimentaria que cada participante experimentó, desde sus formas particulares de enfrentarse a la ansiedad y el agobio personal, ante los cambios en su estilo de vida. La ingesta de alimentos no fue ajena a estas alteraciones psicológicas y comportamentales, en las que un consumo compulsivo pudo haberse acelerado cimentando diversos problemas en la salud física de las personas, como malnutrición, sobrepeso y riesgo de enfermedades diabéticas.

## ▶ 2.8. Síndrome de desgaste profesional



Como se mencionó en el capítulo 1 “Vivencias y experiencias del periodo de mayor criticidad de la pandemia”, en el estudio se identificaron síntomas de malestar, agotamiento físico y mental, crisis de ansiedad, ataques de pánico, intentos de suicidio, entre otras respuestas emocionales con valencias negativas en las dinámicas laborales, asociadas al síndrome de desgaste profesional<sup>5</sup>, clasificado en el CIE 10 como:

5. También conocido como *burnout*.

Síndrome psicológico causado por un cúmulo de circunstancias, como el estrés crónico, la sobrecarga profesional, los horarios excesivos, el agotamiento emocional y una insostenible sensación de falta de realización personal. Se manifiesta por sentimientos de impotencia con cansancio, agotamiento, depresión, insatisfacción, irritabilidad y una actitud cínica o suspicaz, a los que pueden sumarse múltiples molestias físicas: insomnio, cefaleas, mareos, mialgias, trastornos digestivos, infecciones, trastornos respiratorios, circulatorios y digestivos (50).

Las referencias a los síntomas asociados a este síndrome se presentaron mayoritariamente en los grupos de referencia de docentes y cuidadores de niñas y niños de primera infancia; docentes de niños, niñas y adolescentes entre 7 y 17 años, y profesionales de la salud.

Como se ha visto a lo largo de este informe, la dinámica de la virtualidad en la educación trajo consigo una modificación de las condiciones laborales que implicaron situaciones de tensión y estrés. Un primer factor tuvo que ver con la adaptación tecnológica que afectó de manera particular a las personas adultas, quienes reportaron sentimientos de frustración e insatisfacción con la virtualidad (51). Un segundo factor que contribuyó al desgaste profesional fue el incremento de la jornada laboral debido a la adecuación pedagógica de los contenidos educativos a las plataformas virtuales, que demandaba tiempo adicional al acostumbrado. Además, los horarios laborales se tornaron excesivos por la atención extracurricular a la comunidad educativa que, según los testimonios de los participantes, sobrepasaban las 10:00 u 11:00 p.m.

En tercer lugar, al síndrome de desgaste profesional contribuyó el hecho de que algunas/os docentes conocieron situaciones dolorosas para las niñas y los niños, como maltrato, violencia

---

intrafamiliar y pobreza crónica; las cuales generaron sensaciones de frustración e impotencia, llevando regularmente a un desborde emocional (52). Frente a estas situaciones, algunas/os docentes asumieron cargas adicionales como la de orientación emocional a las y los estudiantes y padres de familia, sin contar con el conocimiento y herramientas necesarias, lo cual empeoraba su impotencia y agotamiento. A partir de los relatos se evidenció que este sector de la población no contó con una atención psicológica que orientara el manejo emocional, y que le brindara herramientas para contrarrestar los efectos de las condiciones laborales durante la pandemia.

Otro grupo en el que se hicieron evidentes los síntomas asociados a este síndrome fue el de profesionales de la salud, quienes estuvieron expuestos de manera permanente a escenarios de muerte masiva de pacientes, que actualmente al ser evocados denotan estrés agudo y, en algunos casos, síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) (53).

Según la información recolectada, las jornadas laborales en centros de salud, clínicas y hospitales se hicieron extensas y extenuantes debido al alto flujo de pacientes y la falta de personal. Adicionalmente, las condiciones de bioseguridad requeridas para evitar el contagio hizo que algunos profesionales se vieran forzados a restringir espacios personales de descanso, socialización, higiene y alimentación (53). También se reportó que las dinámicas laborales durante la pandemia implicaron desgaste físico y emocional, expresado en crisis emocionales de llanto, ataques de pánico e intentos de suicidio (54).

Por otro lado, las y los profesionales mencionaron haber estado sujetas/os a presión para regular el tiempo de atención a los pacientes, lo cual les generó frustración, particularmente cuando se trataba de atención en salud mental, ya que la contención emocional muchas veces requería de más tiempo del que estaba asig-

nado para las citas. Por tal razón, muchas/os profesionales decidieron extender sus horarios laborales para dar cumplimiento a la agenda que les correspondía, brindando el tiempo suficiente a las y los pacientes (55).

En los grupos focales y las entrevistas se identificaron pocos testimonios de personas de este grupo de referencia indicando que contaron con espacios de cuidado de la salud mental. Si bien las y los profesionales de salud mental tienen como práctica de autocuidado la asistencia a terapia, existe una demanda generalizada de atención psicológica de índole clínica para acceder a espacios de escucha profesional que permitan profundizar en las condiciones psicológicas derivadas de la pandemia, y que contribuyan a la disminución de sintomatologías subyacentes. El siguiente relato de una profesional de acompañamiento en situaciones de duelo ejemplifica esta situación:

La sobrecarga que tenemos los profesionales en salud mental es que tenemos que dar salud mental, pero la entidad no se preocupa por nuestra salud mental, al punto de que si tú te enfermas, te dicen: “lo siento, tiene que cumplir la meta, y si no la cumple, pues no le pago”. Esa es como la realidad en la cual uno está peleando, entonces uno tiene que volverse un ser de luz [risas] como les digo, nos volvemos cuerpos gloriosos: no comemos, no dormimos (55).

# Relato

# No nos sentíamos bien

*No nos sentíamos bien. Estábamos casi todas en la sala de reanimación y de repente era como una guerra de los Mil Días. Aún tenemos flashback de esa época, todo el mundo corriendo en los pasillos, revirtiendo enfermos y entubando pacientes a cada hora. Sentíamos temor; miedo de vernos contagiadas y no poder hacer nada. Para Florensa el mundo se le vino abajo porque mientras estaba trabajando acá, con nosotras, su papá se murió de Covid en otro hospital, y desde entonces no ha podido superar esa pena. Amargura. La jefe Lilia siempre dice que esta pandemia dejó cicatrices que no han sanado todavía, y que seguimos suturando por pura vocación.*

*No nos sentimos bien. En esos días Eviana estuvo tan indispuesta, tan apesadumbrada, que terminó colapsando debido a las altas jornadas y el volumen de enfermos que aumentaba sin parar. No podíamos almorzar si quiera, ni ir al baño a orinar, ni salir a respirar un poco. Urgencias no daba abasto. La jefe Mema dijo que nunca había sentido tan cerca la fragilidad, el riesgo, el realismo descarnado de la muerte que circula alrededor de nuestras vidas sin darnos cuenta.*

*Y claro que seguimos teniendo miedo. El miedo a que vuelva a repetirse y no podamos hacer nada; volver a esos lóbregos días. La pandemia nos dejó una profunda debilidad. Nos dejó vulnerables, la ocasión de palpar nuestra incapacidad emocional. El sentimiento de huir un minuto. Todas lloramos en algún momento, hasta las más fuertes.*

*A Florensa la invadía la rabia y la cupa de no haberse despedido de su padre. Tuvo que velar sus cenizas con una horrible inseguridad; dice que se niega ir al cementerio porque desconfía. Por su parte, la jefe Marquiña no puede evitar recordarnos la muerte del doctor a cada instante; alguien que se llevó un pedazo de nosotras. La última vez que lo vimos estaba amoratado, jadeante, pero sin dejar de ser él mismo. Cuatro horas después nos enteramos que entró en sus últimas. Ahora, cada vez que revertimos a un paciente, nos acordamos de él. Y nada es lo mismo.*



*La sala de reanimación estaba atestada y con el tiempo la jefe Mema comenzó a aflojar un poco con los familiares de los pacientes; la pandemia la volvió más blanda en su trabajo. Más cálida. Todas tenemos nuevos contactos en nuestros celulares por la cantidad de videollamadas que hicimos esos días a los familiares para que pudieran despedirse de sus seres queridos. En medio de todo, eso es lo bonito de ser enfermeras: la bondad que se anida en nuestras manos. Siempre éramos nosotras las que teníamos que ocuparnos de los contagiados. A los ojos de los demás, las más valientes o las menos importantes.*

*Conocimos el caso de una médica que durante la pandemia se encerró en su casa y no volvió a salir. Luego renunció a su trabajo bajo la excusa de que sus pacientes la iban a matar.*

*A los pacientes siempre los tratamos con dignidad. El vínculo que se crea es doble. Muchas veces, mientras los bañamos, ellos tienen la necesidad de contarle a uno su historia, desvelar su vida con nosotras. Tal vez por eso, durante la pandemia, muchos adultos mayores llegaron diciendo que querían suicidarse. El encierro unido a la soledad no es bueno. Eviana dice que después de la pandemia, los casos de suicidio también aumentaron en los jóvenes, al menos tres casos por turno.*

*Las secuelas son evidentes. La jefe Lilia se nota más decaída, desgasta, porque la pandemia empeoró problemas que ya tenía en su casa. Florensa en cambio dice que desde que murió su padre, atesora cada instante que pasa con su familia. Le quedó la sensación de que en cualquier momento los puede perder y no podrá despedirse como debe. Como no hizo antes. A Eviana le dio depresión.*

**Relato construido a partir de un grupo focal con auxiliares de enfermería y enfermeras jefe de un hospital distrital**

## ► 2.9. Estrés agudo y trastorno de estrés postraumático (TEPT)



Los sucesos traumáticos pueden generar terror e indefensión en las personas, debido a que ponen en peligro su integridad física y psicológica cuando se sobrepasa el repertorio de recursos psicoemocionales habituales. Por lo general, los acontecimientos traumáticos derivan en el quiebre del sentimiento de seguridad y causan lesiones psíquicas agudas, que a su vez, producen secuelas emocionales que persisten en el tiempo y afectan la adaptación de las personas a su medio (56,57).

Este tipo de experiencias pueden generar sintomatologías precisas y definidas, categorizadas como **estrés agudo o trastornos de estrés postraumático**, las cuales se dan porque la gravedad del suceso traumático agota las estrategias de afrontamiento psicológico de la persona que lo sufre, produciendo una reacción intensa con síntomas disociativos como el embotamiento emocional, el aturdimiento, la extrañeza, la despersonalización, la amnesia disociativa, la reexperimentación del suceso, las conductas de evitación y una ansiedad creciente (3,58).

La diferencia más notoria entre el estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático es que el primero se puede presentar durante las primeras cuatro semanas después del acontecimiento traumático, mientras que el segundo puede superar dicho lapso de tiempo por periodos más largos, incluso meses o años (58). Además, en el estrés postraumático es más intensa la reexperimentación del suceso en forma de pesadillas, imágenes

o *flashbacks*<sup>6</sup>; la evitación conductual o cognitiva de lugares estrechamente asociados con el suceso, y las reacciones de hiperactivación manifestadas en estado de alerta, desconcentración e irritabilidad (59). No obstante, es posible que un episodio de estrés agudo pueda derivar en estrés postraumático si no se atienden las necesidades de atención específica y la persona no logra elaborar el hecho traumático en su historia de vida.

Los acontecimientos traumáticos que usualmente generan este tipo de afectaciones son los naturales, como terremotos, inundaciones y huracanes; los accidentes, ya sea de tránsito o incendios; y la violencia, manifestada en agresiones sexuales, violaciones, secuestro, torturas, maltrato y terrorismo (57). Sin embargo, es fácil reconocer que la pandemia de COVID-19 también pudo haberse presentado como un hecho traumático para muchas personas, ya que fue inesperada, sorprendente y trajo múltiples consecuencias en la calidad de vida y la salud mental de la población en la ciudad.

A pesar de lo anterior, resulta complicado determinar si los síntomas asociados a la vivencia de la pandemia corresponden a estrés agudo o trastorno de estrés postraumático, debido a que esta situación duró un periodo de tiempo prolongado y tuvo niveles de criticidad intermitente. En el análisis de resultados sobresalen **la muerte de personas y el contagio creciente de individuos** como hechos estresantes, desbordantes y sin precedentes para la gran mayoría de la ciudadanía, que no se percibieron como experiencias naturales en el curso de vida. El hecho de

<sup>6</sup> La diferencia entre las imágenes o pensamientos invasivos y los *flashbacks*, es que los primeros constituyen recuerdos recurrentes de lo que pasó antes y durante al suceso traumático, mientras que los segundos suponen además revivir el acontecimiento (con personas, lugares, sonidos, olores, sensaciones), como si estuvieran ocurriendo en el momento y de nuevo (56).



---

escuchar, ver o saber sobre la muerte masiva en hospitales, ambulancias y clínicas, provocó sobrecogimiento emocional y aturdimiento momentáneo en la mayoría de las y los participantes del estudio, principalmente en el personal de la salud y las personas testigos de los fallecimientos, como relató un hombre que se desempeñaba como camillero en un hospital privado:

Por ejemplo, los médicos se inclinaban en los pacientes, pero no se les veía mejoría casi para nada: siempre era para abajo. Que le hacían una cosa, le hacían otra y no, no, no salían del trauma que tenían, nada. Fue mucho paciente el que falleció en ese tiempo. Por ejemplo, en sí, yo trabajo seis horas, de las seis horas sacábamos tres: cuatro pacientes en mi turno. Se sacaban para la morgue... fallecían, fallecían. Entonces, los envolvían en su bolsita y pa' la morgue, pa' la morgue. Vivía llenita la morgue en ese tiempo (60).

Estas experiencias, sumadas a la pérdida de seres queridos, el desempleo, la frustración por el encierro y la falta de estrategias de afrontamiento positivas, pueden haber derivado en el **desbordamiento del umbral de estrés**, creando sentimientos, pensamientos y percepciones de incapacidad, culpa y vulnerabilidad en los momentos más críticos de la pandemia. Así lo relató una participante de un grupo focal con amas de casa de la localidad de Ciudad Bolívar:

Pero lo que más me daba duro era la soledad, el miedo y el trauma de que yo a medianoche me levantaba a tocarme a ver si se me subía la temperatura y decía: “¡me muero!” Porque fue en [el momento] que todo el mundo se moría... que todo... Por eso le digo que un trauma, un miedo le cogí a eso. Y... pues gracias a Dios no, no me pasó nada, pero sí quedé con mi trauma (21).

Dentro de las afectaciones más significativas de este tipo destacan las secuelas psicológicas y emocionales, que están relacionadas directamente con situaciones, lugares, personas o cosas asociadas al padecimiento del COVID-19. Dichas secuelas motivan el uso de elementos de bioseguridad y las conductas evitativas hacia personas, colectivos y multitudes. En este sentido, muchas de las personas participantes en el estudio manifestaron que perduran comportamientos, pensamientos y sensaciones, relacionadas con el miedo y la angustia que experimentaron durante los primeros meses del confinamiento. Esta es la situación de dos médicas de la línea de escucha y orientación del Distrito, quienes afirmaron:

Es como ese trauma, o sea, yo quedé con un trauma literal de ver que hay gente estornudando o tosiendo, y tener que llegar a mi casa, y bueno, mi chiquitico por ahí. Aunque puede ser una gripa, las gripas no existen porque aún tú vas a una clínica y te dicen: “eso puede ser COVID”. El COVID sigue, lo que pasa es que la gente bajó la guardia totalmente (61).

El proceso fue tan complejo, tan constante, tan estresante y traumatizante en sí, y quedan secuelas de eso mismo. Y lo he notado, quedas con esa angustia constante, hay que resolver todo ya, y te estresas y te empiezas a olvidar de ti y de las cosas importantes: la parte de tomar un respiro, un descanso. Digamos que no es tan fácil, y son cosas con las que tú lidias (...), terminas tú afectándote de una manera personal, quizás porque no te permites liberar ciertas cosas que quedaron contigo: como la angustia de correr de aquí para allá, el tema del transporte, muchas cosas quedan contigo. Aunque las cosas ya están normales, tu continúas viviendo del estrés diario (29).

---

Como se evidencia en este último relato, las y los profesionales de la salud que atendieron pacientes con COVID-19 (médicas, auxiliares de enfermería y enfermeras) vivieron experiencias que sobrepasaron sus capacidades de afrontamiento, provocando sentimientos de angustia, desesperanza y renuencia a repetir eventos similares. Estas experiencias les dejaron síntomas claros de estrés agudo o estrés postraumático, y el hecho de seguir ejerciendo su labor profesional en el mismo lugar en que vivieron los sucesos traumáticos hace difícil que reelaboren las vivencias pasadas en un hecho superado e integrado a su historia de vida. Una participante del grupo de referencia de auxiliares de enfermería que brindaron atención en UCI durante la pandemia compartió la situación que vive luego de la pérdida de un colega por el COVID-19:

Es complicado... saber que una persona con la que uno trabajó muchos años, que nos reíamos, que hacíamos chanzas... tanto así que ahora lo recuerdo como si fuera ayer, revirtiendo<sup>7</sup> pacientes todos los días, es como si lo viera, ¿sí?, [llanto]. Cada persona con la que voy a revertir, digo: “acá está el doctor”. Siempre. Entonces, ¿cómo decirlo?, le toca a uno el corazón todos los días. [...] Mi temor más grande es volver a vivir eso, porque no... no me siento preparada para avanzar y volver a vivir ese tipo de cosas que te toquen el corazón. Más que tu salud física, es como tu salud emocional (15).

Por otro lado, en los resultados también se encontraron afectaciones asociadas con el estrés agudo y el trastorno de estrés postraumático en

---

7. Revertir a un paciente, en medicina, generalmente significa restaurar sus funciones vitales y mejorar su condición de salud. Esto puede implicar revertir los efectos de una enfermedad, lesión o trastorno mediante tratamiento médico o intervenciones para devolver al paciente a un estado más saludable.

el grupo focal de adolescentes estudiantes en colegios distritales de Bogotá. Estas secuelas están relacionadas directamente con el confinamiento obligatorio y el miedo a salir a las calles durante y después de la pandemia, y se manifiestan en el relacionamiento con personas desconocidas, que pueden percibirse como extrañas y peligrosas para la integridad personal. Además, el estrés podría estar involucrado con otras circunstancias que sucedieron durante la pandemia, y que son la fuente del suceso traumático que ahora aqueja a las y los estudiantes, generando un marcado malestar emocional, que se incrementó por las tasas de robos, maltrato, abuso sexual, acoso escolar, ciber matoneo, abandono y conflictos familiares. Uno de los estudiantes del grupo de referencia manifestó:

Como acá había muchos disturbios, a mí cualquier cosa, cualquier ruido fuerte me asusta de una. Es como que yo me paralizado y no me puedo mover, y es muy feo no poderse mover, no correr o hacer algo. Aquí yo digo: “mientras no me pase nada, yo huyo, corro”, pero en el momento se siente muy feo, y es como que no me puedo mover. Y yo siento que mi trauma es tanto con las personas... porque yo tenía un concepto de las personas que roban (35).

Este tipo de síntomas puede seguir afectando la salud mental de algunas personas pese al tiempo que ha transcurrido desde el confinamiento, en tanto la pandemia fue experimentada por ellas como un suceso traumático. Es muy importante tener en cuenta que la literatura académica ha señalado una alta tasa de comorbilidad de estos cuadros patológicos con otros como la depresión, la ansiedad, la agorafobia, el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, las conductas antisociales, las alteraciones del sueño y los trastornos del control de impulsos (56).

## ► 2.10. Alteraciones cognitivas como síntomas de largo plazo asociados al COVID-19



Las y los participantes del estudio manifestaron diversas molestias relacionadas con las funciones cognitivas que tienen impacto en la salud mental y que pueden causar un malestar de carácter temporal, continuo o permanente, marcado por la interferencia en el desempeño laboral, educativo o social. Estas molestias incluyen episodios de pérdida de memoria, incremento de la procrastinación, déficit de atención, dificultades en el desarrollo del lenguaje y pérdida de motricidad. Específicamente, estas afectaciones se mencionaron en las entrevistas y los grupos focales de docentes; niños, niñas y adolescentes entre 7 y 17 años; profesionales de la salud; personal de atención al público en establecimientos cerrados; personas desempleadas; adolescentes escolarizados, y conductores de transporte público.

Hombres y mujeres adultas reportaron pérdida de la memoria en relación con tareas cotidianas en el hogar y el entorno laboral, lo cual ha afectado su desempeño y capacidad para resolver problemas, y ha reducido su agilidad mental y capacidad de concentración, llevando a la disminución de la productividad y a un mayor cansancio o agotamiento. Así lo indicó una profesional de la línea de escucha y orientación del Distrito:

Digamos que fue algo general, lo de la pérdida de memoria que yo les mencionaba en ese grupo, que sí me pasó mucho, entonces tuve mis lapsos en donde yo decía: “me siento como lenta, entorpecida, olvido muy fácil las cosas”, pero fue algo como que me quedó ahí y pues he estado lidiando con

[eso] y manejándolo, y digamos que trato de no pensar en que esa es una afectación que me va a quedar de por vida (62).

Personas de varias profesiones expresaron preocupación por este tipo de afectaciones; por ejemplo, un conductor de servicio público refirió que notó un problema después de equivocarse de ruta y pasar semáforos en rojo sin ser consciente de hacerlo; una psicóloga manifestó temor de que la pérdida de memoria y agilidad mental que experimenta se queden de por vida, y algunas/os docentes refirieron afectaciones cognitivas al regresar a las clases presenciales.

Particularmente en relación con las niñas y los niños, las y los docentes reportaron afectaciones como dificultad para concentrarse en tareas escolares y para socializar. Igualmente, indicaron que han notado dificultades en el desarrollo del lenguaje de las y los estudiantes, el cual atribuyen al uso del tapabocas y al confinamiento:

Por otro lado, otra cosa que hemos observado es que, debido a la utilización del tapabocas, los niños que tenemos ahorita... hay muchos niños que tenemos en grado primero ahora con unos temas de articulación [...]. Pero terrible, porque claro, al tener tú ‘o’ con la ‘r’, con ciertos fonemas que no los pueden pronunciar de la manera correcta, porque pues obviamente al tener tapabocas todo el tiempo, tú no estabas viendo si estabas [pronunciando] de la manera correcta (7).

Por otra parte, algunas personas indicaron un incremento en la procrastinación, reflejada en la búsqueda de actividades de entretenimiento y de socialización para evitar responsabilidades laborales o educativas. Un médico psiquiatra evidenció estos síntomas en su trabajo, e indicó que esta afectación de funciones cognitivas expresa

la asociación de varias situaciones y contextos, que derivan en una manifestación psicológica o psicopatológica. Algunos estudios asocian estos síntomas de largo plazo de deterioro de funciones cognitivas en pacientes de COVID-19 a un concepto conocido como “niebla mental” (*brain fog*): “con una alta frecuencia se han descrito síntomas cognitivos en forma de dificultades de concentración, fallos atencionales, quejas subjetivas de memoria... se han denominado dentro del síndrome de niebla mental” (63).

## ▶ 2.11. Respuestas emocionales con valencias negativas



En el proceso de análisis se identificaron tendencias en emociones y comportamientos que expresan un malestar emocional, pero no constituyen un problema, trastorno o enfermedad mental. Se trata de respuestas emocionales con valencias negativas en las que coincidieron todos los grupos de referencia. Dada su alta frecuencia, estas dan cuenta de fenómenos que no solo impactan en el plano individual sino también en el colectivo y, por tanto, pueden considerarse como parte del diagnóstico del estado de la salud mental en la ciudad. En orden de relevancia, según los relatos de las y los participantes, estas fueron: la agresividad asociada a irritabilidad e ira, el miedo y la desesperanza.

Las y los participantes señalaron la **agresividad** como uno de los principales impactos de la pandemia, en cuanto a la transformación en el manejo de las emociones. La mayoría de las personas en los grupos de referencia hicieron alusión a este comportamiento como respuesta a situaciones de conflicto en distintos escenarios, como el escolar y el transporte público.

En el ámbito escolar, docentes y estudiantes coincidieron en afirmar que la violencia y la hostilidad están más presentes desde la pandemia en la resolución de conflictos y diferencias interpersonales. Según el grupo de docentes, la agresividad es expresada verbalmente por medio de gritos e insultos, y corporalmente por medio de empujones, golpes, riñas y reacciones bruscas. La agresión corporal estaría acompañada de una limitación en el desarrollo de la coordinación motora, derivada del aislamiento que redujo la posibilidad relacionarse con otros para las niñas y los niños.

Adicionalmente, profesionales de salud mental de un colegio privado indicaron que la socialización desarrollada por medio de pantallas durante la pandemia generó una despersonalización del relacionamiento, limitando la empatía con el otro y llevando a tratos crueles que no sucederían con tanta frecuencia en el plano presencial. Esto podría deberse a que cuando los niños, niñas y adolescentes se relacionan por medio de redes sociales tienden a pensar y medir menos el impacto que pueden tener sus palabras en los demás.

Según la información recolectada, la agresividad en las y los niños connota conflictos y violencia intrafamiliar durante la convivencia en el confinamiento, los cuales marcaron pautas de comportamiento violento en la socialización. Muchos de estos conflictos tuvieron su origen en dificultades económicas, frente a las que los padres y madres no tenían herramientas para responder (64). Así mismo, cuidadores/as de primera infancia reportaron que uno de los conflictos más usuales durante el confinamiento estuvo relacionado con el uso simultáneo de los espacios del hogar y los dispositivos tecnológicos para tareas educativas y laborales, lo cual se constituyó en un factor estresor que generó irritabilidad entre los miembros de algunas familias (65).

---

En los grupos focales, las y los estudiantes compartieron la percepción de que ha aumentado su respuesta agresiva frente a las diferencias entre compañeros. Reconocieron una transformación en su comportamiento antes y después de la pandemia, expresada en la reducción de la capacidad de manejo emocional y de brindar respuestas adecuadas a situaciones de desacuerdo. Además, fueron reiterativos al afirmar que actualmente manejan respuestas emocionales negativas ante el estrés. Frente a esta situación, tanto el personal docente como el personal de orientación indicaron que han diseñado metodologías para brindar herramientas de manejo emocional a las y los estudiantes (66).

Por otro lado, un segundo escenario en el que la agresividad se ha hecho protagonista es el transporte público, teniendo en cuenta que los espacios de interacción urbana se han convertido en escenarios de respuestas violentas ante las diferencias (67). Los conductores de transporte público han percibido un cansancio generalizado en las y los usuarios, así como respuestas hostiles y agresivas ante conflictos que suelen derivar en violencia física y riñas (68). Varias personas que hacen uso del transporte público añadieron que persisten dinámicas de distanciamiento físico que emergieron en la pandemia, por lo cual existe rechazo entre las personas cuando se acercan o cuando alguien tose, y esto se torna problemático en un contexto de hacinamiento como el que caracteriza al transporte público en Bogotá.

Por su parte, las y los trabajadores del espacio público son testigos de la falta de tolerancia en los escenarios urbanos, como las calles y las filas, y señalan que posterior a la pandemia existe una mayor irascibilidad y actitud defensiva por parte de la ciudadanía como respuesta a la inseguridad, que también ha aumentado (69).

En el segundo lugar de las respuestas emocionales que las y los participantes del estudio refirieron con respecto a la pandemia está el **miedo**. Esta emoción estuvo asociada a factores de riesgo real como el contagio, pero fue exacerbada a través de los medios de comunicación y las redes sociales, generando también miedos inespecíficos y descontrolados. A su vez, el confinamiento implicó situaciones que generaban miedo y culpa como el encierro; el compartir mucho tiempo con la familia y reaccionar de forma agresiva o violenta; el riesgo de contagiar a la familia; y en el caso particular de las y los vendedores en el espacio público y otros trabajadores informales, implicó el riesgo de perder el trabajo y pasar hambre.

Otros factores desencadenantes del miedo reportados en el estudio fueron las alarmas de los toques de queda en la noche; los carros que fumigaban el espacio público; las noticias trágicas de otros países como China, Italia, España y Ecuador; las muertes masivas, y la indumentaria de bioseguridad. En suma, estos elementos configuraban un escenario catastrófico, con tintes apocalípticos marcados por la incertidumbre. Muchos de esos temores quedaron en el pasado y se anularon con la superación de la crisis sanitaria; sin embargo, otros quedaron instalados en la vida de muchas personas y constituyen situaciones de malestar para ellas.

Finalmente, la tercera respuesta emocional que más se mencionó en las actividades de recolección de información fue la **desesperanza**. Debido a las consecuencias que tuvo el confinamiento en las condiciones económicas de muchas familias, personas del grupo de referencia de profesionales de acompañamiento a la niñez y juventud, expresaron la creencia de que no hay esperanza en que en el futuro puedan mejorar los ingresos, y por tanto su calidad de vida. Su percepción del futuro respecto a las condiciones de habitabilidad y de alimentación son negativas con tendencia a empeorar (45).



En estos contextos de desmejoramiento de las condiciones materiales de vida, la desesperanza también se asocia al entorno en el que no se vivieron expresiones de solidaridad ni ayuda (46).

Particularmente en el grupo de referencia de las y los profesionales de la salud, la sensación de desesperanza estuvo asociada a la impotencia que experimentaron durante la emergencia sanitaria. Estas/os profesionales sienten que hicieron todos los esfuerzos posibles por mantener con vida a muchos pacientes que finalmente murieron, y temen que esta situación se repita o que suceda un escenario peor. Este temor se acentúa cuando reciben pacientes con enfermedades respiratorias, ya que les produce un recuerdo vívido del periodo de pandemia (53).

## ► 2.12. Estrategias de afrontamiento



Para analizar las formas en que los habitantes de Bogotá hicieron frente a las situaciones de estrés y tensión que se presentaron en la pandemia, primero es necesario entender que no existen factores estresores universales, o que afectan a toda la población de forma homogénea, sino que hay diferencias en cómo las personas perciben, entienden y afrontan una misma situación o evento. De esta manera, se entiende que una situación o un evento es estresante en la medida en que el sujeto lo perciba o lo valore como tal, sean cuales sean las características “objetivas” de lo ocurrido (70), o la percepción que tengan otras personas acerca de si es generador de estrés o no.

En tal sentido, un primer hallazgo del estudio en torno a este tema indica que para algunas/os participantes, la pandemia fue un factor estresante, mientras que para otros fue una vivencia

que aportó en la reducción del estrés de la vida cotidiana que llevaban. Permanecer en la casa redujo la exposición a situaciones que algunas personas perciben como generadoras de tensión, por ejemplo: el tráfico, la planeación del vestuario y presentación personal, que implica para algunos los desplazamientos a sitios de trabajo, la interacción social, el horario laboral y la necesidad de despertar temprano para cumplir con los tiempos previstos. Para estas personas, el confinamiento fue un periodo que permitió tener tiempo para descansar, espacios de reflexión y oportunidades de compartir tiempo en familia, entre otros.

Como indican Macias, et al, “el afrontamiento se deriva de las interacciones de las personas con y en las múltiples circunstancias de su vida en los contextos socioculturales, lo cual deja ver la multicausalidad del fenómeno” (71). Por lo tanto, para que existiera la percepción positiva de la pandemia mencionada previamente tuvieron que confluir varias condiciones objetivas y materiales, como por ejemplo: ingresos económicos estables, condiciones adecuadas de habitabilidad, condiciones de salud adecuadas, familias o espacios de convivencia funcionales, y unas condiciones emocionales personales y familiares que facilitarían la asunción del confinamiento, y las medidas de pandemia, como situaciones de oportunidad para la distensión.

Ahora bien, quienes vivieron la pandemia como una situación estresante desplegaron un variado repertorio de estrategias para el afrontamiento de los factores que causaban tensión. Estas estrategias son entendidas como “el conjunto de respuestas emocionales, cognitivas y comportamentales que los sujetos usan para manejar y tolerar el estrés” (72). Para el análisis se tuvo en cuenta la clasificación de estrategias de afrontamiento presentadas en la escala de Folkman y Lazarus, además de otras estrategias referenciadas en diversos estudios y escalas presentadas por Vázquez Valverde,

---

et al (70), que indican cómo un agente afronta una situación anímica negativa. Estas estrategias son:

- afrontamiento directo
- apoyo y/o información social
- distanciamiento o negación
- escape / evitación (por ejemplo, pensamientos mágicos, comer, beber, etc.)
- reevaluación positiva
- aceptación de responsabilidad
- autocontrol
- autoacusación
- descargas emocionales (llorar, conductas agresivas, etc.)
- conductas de autocuidado (arreglarse, vestirse bien, etc.)
- realizar actividades en soledad o con otras personas (salir, ordenar cosas, etc.)

En los diferentes espacios de recolección de información se reportaron variadas respuestas o formas de actuar para afrontar el estrés y las dificultades derivadas de la pandemia. Las principales fueron la búsqueda de apoyo social, las prácticas religiosas y la búsqueda de atención profesional.

Se pudo evidenciar por medio del análisis de la información que, en su mayoría, las y los participantes vivieron el manejo de sus emociones por medio del autocontrol, es decir, realizando esfuerzos para controlar los sentimientos y respuestas emocionales por sí mismos, y por

medio de la planificación, que permite pensar y desarrollar estrategias para solucionar un problema.

Considerando que el factor estresor más impactante fue el contagio del COVID-19, se estableció que la difusión de las medidas de bioseguridad a través de los medios de comunicación y los canales oficiales de las autoridades contribuyó a que algunas personas tuvieran herramientas generales para prevenir el contagio y, de esta manera, reducir o controlar el miedo que este causaba. Sin embargo, vale la pena aclarar que esta no fue una experiencia generalizada, puesto que muchas otras personas sintieron miedo al recibir grandes cantidades de información sobre la pandemia y su estrategia recurrente fue dejar de ver y escuchar las noticias.

Ahora bien, las medidas de confinamiento generaron otros factores estresores que generaban malestar emocional, como el aislamiento social, la transición a la virtualidad, la convivencia permanente con la familia, entre otros. De cara a estos malestares, se encontró que algunas personas buscaron apoyo social contactando a otras personas como amigas/os, familiares y compañeras/os, para afrontar ese malestar. También abrieron espacios de comunicación con compañeras/os de apartamento y otras personas cercanas, que fueron fundamentales para mantener el equilibrio emocional. Y en otros casos, hicieron llamadas y videollamadas para contrarrestar la soledad y la tristeza. En el grupo de referencia de estudiantes universitarias/os, las y los participantes indicaron que con estas actividades pudieron conocer más profundamente a sus amigas/os, lo cual estrechó sus vínculos y afectos.

Por otro lado, en el ámbito laboral hubo expresiones de apoyo mutuo entre compañeras/os de trabajo que entendían las situaciones difíciles



---

que estaban viviendo conjuntamente y se solidarizaban entre sí. En tal sentido, se apoyaban y escuchaban en momentos de crisis emocional. Algunas/os participantes se proponían hacer llamadas diarias a sus compañeros para preguntar cómo estaban, con el propósito de amortiguar la soledad, mientras que las docentes de jardines infantiles creaban actividades para compartir, se disfrazaban y aprovechaban los encuentros educativos virtuales o presenciales para expresarse.

Varios grupos de trabajo presenciales reportaron haber creado un vínculo fuerte entre compañeras/os debido a las conversaciones que se suscitaban en las jornadas laborales y, en el caso del personal de la salud, esta red de colegas se convirtió en una fortaleza para superar las cargas emocionales derivadas de su labor. También fue fundamental el apoyo entre vendedoras y vendedores que trabajaban en el espacio público, ya que no solo ayudaban a contener el ámbito emocional por medio de llamadas y conversaciones, sino que se unían para la resolución de problemas. Por ejemplo, ayudaban a sus compañeras/os en el cuidado de las hijas y los hijos, en la generación de ideas para emprendimientos y en préstamos económicos; que en suma, contribuían a calmar, tranquilizar y reducir la ansiedad, la tristeza y la sensación de soledad.

Las personas que trabajaban en áreas de talento humano en las organizaciones y debían estar en contacto con las/os trabajadoras/es también se convirtieron en agentes de contención emocional, porque hacían de las llamadas de carácter laboral un espacio para hablar de las dificultades en las relaciones con parejas e hijas/os, pero también para conversar sobre los miedos y, en general, de lo que estaban viviendo en esos momentos. Varios relatos evidenciaron cómo algunas mujeres construyeron vínculos de amistad con sus compañeras por medio de esta dinámica. Con estas personas se permitieron compartir experiencias sobre

el cuidado y la maternidad, y se desahogaron respecto a la sobrecarga de tareas en el hogar. No obstante, en esta estrategia de apoyo social se evidenció la tendencia a nombrar ciertos comportamientos o estados de ánimo como enfermedades mentales, sin tener el conocimiento o las herramientas para hacerlo.

Cabe mencionar que también se conocieron casos de pérdida de redes de apoyo a causa del confinamiento y el distanciamiento físico. Así lo reportaron varias personas que trabajaban en servicios generales, quienes perdieron acceso al apoyo emocional que obtenían de sus compañeras antes de la pandemia. Según ellas, en condiciones normales solían reunirse para charlar y desayunar antes de trabajar, pero debido a los protocolos de bioseguridad ya no podían disponer de esos espacios de contención, que aún sienten como una pérdida.

En otra línea, muchas/os participantes del estudio indicaron que la fe en Dios y las prácticas religiosas les permitieron sobrellevar las dificultades de la pandemia de forma menos traumática. Según los relatos, estas prácticas les brindaban paz y esperanza, les ayudaban a gestionar las emociones y a superar el estrés, la angustia, la incertidumbre y la muerte de seres queridos; también les permitía liberarse de la carga emocional poniendo los problemas en manos de un ser superior. De los relatos se infiere que estas prácticas estaban asociadas predominantemente con el catolicismo y el cristianismo, y se presentaron de forma individual y colectiva.

Varias/os participantes indicaron que la oración, bien fuera individual o colectiva, contribuía a contrarrestar sentimientos de desesperanza y miedo a la muerte en situaciones de enfermedad, y que les proporcionaba tranquilidad y alivio en los procesos de duelo. Una psicóloga valoró de manera positiva que las personas tuvieran alguna creencia religiosa, y lo describió como un “factor de protección”:

---

Yo tengo un nivel de espiritualidad, el cual se me vuelve un factor protector para mí, entonces es una manera de decir: “Ok, yo atiendo a estas personas, pero tú ayúdame con mi papá”, y ha sido una opción en la cual he visto, pues, como esa misericordia de Dios, y es otro factor que yo trabajo con las personas que yo veo que son creyentes. Cuando una persona es creyente y tiene un factor de protección, sea cual sea el ser superior en que crea, es buscar que esa persona sienta confianza, seguridad en que las cosas van a estar bien, y ver en el contexto que hay cosas que funcionan (55).

Así mismo, algunas personas hicieron referencias a que la creencia en una deidad les permitió procesos de autoconocimiento; reducción o cese de consumo de sustancias psicoactivas; y fortaleza para enfrentarse a situaciones de riesgo de contagio, como el ingreso al transporte público y las salidas a la calle. Incluso, participantes que hacen parte de grupos de recuperación de material reciclable (conocidos como recicladores) indicaron que tenían miedo de salir a las calles a trabajar, pero que encontraron refugio en sus creencias religiosas y eso les motivó a salir, ya que la oración o prácticas similares de acuerdo con sus credos les generaban la sensación de protección. Otras personas mencionaron que la fe los ayudó a sobrellevar situaciones de alto estrés laboral, por ejemplo, quienes trabajaban en acompañamiento a habitantes de calle.

Adicionalmente, en el plano colectivo se evidenciaron prácticas como las cadenas de oración, rezos colectivos o individuales del rosario católico, así como videollamadas con el propósito de generar apoyo emocional entre personas de la misma religión o de la misma comunidad; con el fin de superar la sensación de soledad y de aislamiento.

Algunas personas explicaron que los principios religiosos contribuyeron a la unión de las familias. Ciertas/os niñas/os sentían su familia más unida cuando realizaban rituales religiosos de manera habitual, porque sus madres y padres querían pasar más tiempo con ellas/os. En contraste, se conocieron casos en los que las/os hijas/os no compartían las creencias de las madres y los padres, y en lugar de unirles, la religión fragmentó su relación, ya que había incomodidad por parte de jóvenes y adolescentes cuando se imponían horarios para rezar o para leer los libros considerados como sagrados, de acuerdo con las prácticas religiosas y los cultos de las personas creyentes.

Vale la pena resaltar que, desde el punto de vista de las/os funcionarias/os de salud mental del Distrito, en ocasiones las creencias religiosas fueron problemáticas, en la medida en que algunas/os lideresas y líderes religiosas/os consideraban la fe como un blindaje que protegía a las personas contra el COVID-19 y, por esta razón, no implementaron las medidas de bioseguridad. Esta conducta está ligada a la resignación frente a la enfermedad, bajo la creencia de que las deidades de sus religiones, credos o cultos son quienes deciden el momento de la muerte de cada persona, lo cual limita la posibilidad de intervención de las y los profesionales de la salud (73). Por eso, bajo dicha lógica, muchas personas terminaron contagiándose y murieron (74).

Hubo varias referencias a procesos de tratamiento psicológico, en los que las personas invocaban simultáneamente la ayuda de las lideresas y los líderes de credos, cultos o religiones, o en los que el tratamiento promovió la búsqueda de la espiritualidad y la lectura de textos religiosos, como indicó una docente de un colegio privado de la ciudad:

Me mandaron a psicólogo y me mandaron al psiquiatra, que porque yo estaba loca. Entonces, yo le dije a mis hijas: “no, yo no estoy ni loca ni mucho menos. Tengo mucho miedo”. Me mandaron a tomar pastillas para dormir, yo tomaba y me levantaba al otro día como zombi, me levantaba como zombi, yo salía nada, nada, nada. Hasta cuando me puse a orar, le pedía a Dios que me diera mucha verriquera porque ya no podía más, yo dije: “tengo que salir de esto [llanto]. ¡Dios mío! Yo me voy a volver loca.” Y le dije a mis hijas: “yo no quiero psiquiatra.” ¡Bueno! mejor dicho, yo estaba ¡loca! ¡Re loca! Hasta dijo mi niña pequeña: “consigamos un psicólogo”, y le dije: “bueno, listo”. El señor de la fundación, para qué, no sé cómo contactaron con él, y él consiguió la psicóloga de la fundación (21).

Por último, otra estrategia de afrontamiento fue la **búsqueda de ayuda psicológica o psiquiátrica** en sí misma, la cual se presentó en dos circunstancias principales: la atención de urgencias en el marco de una respuesta o descarga emocional, y la asistencia programada a terapia psicológica como una estrategia de planificación del manejo de emociones.

### ► 2.13. Atención en salud mental



Las condiciones de vida que impuso la pandemia de COVID-19 y las medidas de bioseguridad establecidas para prevenir y mitigar el contagio del virus, generaron situaciones de estrés y tensión, las cuales incrementaron las incidencias y prevalencias de trastornos, problemas y enfermedades mentales, así como respuestas emocionales con valencia negativa. Las y los habitantes de la ciudad dieron trámite a estas afectaciones por diversas vías, y una de ellas fue la búsqueda de atención por parte de profesio-

sionales en salud mental. En este apartado, se presenta la percepción de las y los participantes en el estudio respecto a la atención profesional que prestaron y/o recibieron.

Lo primero por señalar es que la emergencia sanitaria produjo un escalamiento en la demanda de atención psicológica y psiquiátrica, tanto en consultas como en llamadas a líneas de atención y emergencias. En relación con la demanda de terapia individual o familiar, las principales causas de consulta estuvieron relacionadas con ansiedad, depresión, duelo, síndrome de desgaste profesional, miedo al contagio y frustraciones laborales, académicas y de pareja. Particularmente en el grupo de referencia de estudiantes universitarias/os, varias personas reportaron que acudieron a atención psicológica por episodios de ansiedad, síntomas de depresión, fobias, violencia intrafamiliar, ideación suicida, intentos de suicidio, trastornos afectivos, e incluso algunas/os no tenían un motivo de consulta específico, pero buscaban establecer una conversación con alguien más.

En los grupos de profesionales de salud mental, las y los participantes indicaron que, a partir de la declaración de la emergencia sanitaria en 2020, se empezaron a presentar síntomas de depresión y ansiedad dentro del personal médico, debido a la sobrecarga laboral y el miedo al contagio. Sobre este tema, una psicóloga de gestión del riesgo en emergencias y desastres anotó lo siguiente:

Hay un momento en que a ti el sistema te va mostrando los casos que debes atender, que debes priorizar las llamadas, pero tú veías que eso no tenía fin, y sabías por el número arriba que ya no eran 10 casos los que te faltaban por mirar, sino un número que ya se salía de tu cabeza. Ver esa cara de impotencia [de los compañeros de trabajo] y sentirla fue fuerte para mí en ese

---

momento, fue duro que eso fue como de hoy a mañana, así tan pronto se dio la alerta, la gente empezó a llamar (69).

Debido al confinamiento, la atención en salud mental que se hacía de manera presencial tuvo que transitar hacia el entorno virtual. Para ello, las y los profesionales en psicología y psiquiatría de instituciones educativas, entidades prestadoras de servicios de salud (EPS), empresas de medicina prepagada, líneas de ayuda y programas de salud pública adecuaron sus procedimientos, enfrentando desafíos para brindar una atención remota eficiente.

Frente a estas adecuaciones en la atención, las y los profesionales en salud mental manifestaron diversas percepciones. Entre los aspectos positivos destacaron la reducción de los traslados físicos y la posibilidad de desarrollar espacios terapéuticos grupales con familias cuyos integrantes vivían en ciudades o países distintos. Sobre los aspectos negativos, refirieron la estandarización del tiempo y los criterios para la atención, que no eran acordes con las necesidades reales del servicio, ya que las franjas de consulta eran muy cortas para brindar una atención de calidad.

Según reportaron estas/os profesionales, en muchas ocasiones sentían que debían desatender las instrucciones que recibían para brindar una atención suficiente, pero esto implicaba extender sus horarios para dar cumplimiento a la atención de los pacientes que lo solicitaban. Adicionalmente, indicaron que la mayor parte del tiempo asignado lo invertían en contactar pacientes, diligenciar formularios y hacer informes, lo cual dejaba un espacio muy limitado para la atención y extendía sus jornadas laborales hasta las diez u once de la noche (55).

Por otra parte, varias personas de este grupo de referencia coincidieron en que las líneas de atención y escucha fueron fundamentales

para recibir las consultas ciudadanas, que aumentaron exponencialmente. Señalaron que los usuarios mostraban altos niveles de desesperación y que gracias a la atención lograban reducir la angustia y el malestar emocional. No obstante, un tipo de consulta especialmente difícil de atender fue la relacionada con violencias basadas en género (VBG), ya que la convivencia de las mujeres afectadas con sus agresores generaba sentimientos de impotencia en algunas/os profesionales, al no poder ofrecer soluciones a las usuarias. Esta situación llevó a que la línea de atención para estos casos empleara códigos particulares para facilitar el reporte de situaciones que vulneraban los derechos de las mujeres (75).

Otra modalidad que el personal de salud y algunas/os usuarias/os valoraron positivamente fue el despliegue de vehículos de atención médica domiciliaria (AMED). Se trató de una estrategia para la atención domiciliaria de urgencias, en la que participaban un/a profesional en psicología, un/a profesional en trabajo social y un/a conductor/a por unidad de atención; y que realizaba contención e intervenciones en casos de intento de suicidio, ataques de pánico, ataques de ansiedad, maltrato, violencia sexual, tristeza, soledad o culpa (69).

Ahora, con respecto al punto de vista de las y los pacientes que recibieron atención psicológica, en las actividades de recolección de información se identificó una sensación de deficiencia en la calidad de la atención, que les desmotivó para continuar en los procesos de solicitud de atención y de terapia. En general, reportaron que pedir citas de psicología o psiquiatría con las EPS fue un proceso difícil y casi siempre infructuoso. Incluso, algunas personas indicaron que encontrar una cita de estas especialidades tomaba hasta seis meses, por lo cual la atención no era oportuna.

---

Para algunas/os participantes, además de la baja disponibilidad de citas, otra barrera de acceso a atención era la falta de sensibilidad y conocimiento en temas de salud mental por parte de las y los médicos generales, quienes en muchos casos no creían en el padecimiento de las y los pacientes, y no generaban remisiones para psicología o psiquiatría. Por esta razón, se percibió como un avance significativo en materia de salud mental que se haya incluido la consulta psicológica como una opción directa cuando los pacientes contactaban a algunas EPS<sup>8</sup> (30). Sin embargo, algunas/os participantes reportaron que incluso después de que esta medida entró en vigor, el tiempo de espera para conseguir una cita de psicología o psiquiatría era de tres a seis meses, lo cual implicaba riesgos considerables para la salud de las y los pacientes, teniendo en cuenta la urgencia con que se requiere dar manejo a los problemas de salud mental para evitar su escalamiento.

Esta espera prolongada llevó a que muchas personas no iniciaran tratamiento psicológico y psiquiátrico, a que este fuera suspendido, o a que se cambiara el profesional encargado del tratamiento. De este modo, muchas/os pacientes debían repetir sus historias de forma reiterada frente a distintas/os profesionales sin sentir ninguna mejoría, con la consecuente vivencia de situaciones de revictimización, frustración y dolor.

En relación con el periodo de consulta, algunas/os participantes compartieron experiencias en las que valoraron la atención psicológica o psiquiátrica positivamente. Otras/os participantes indicaron que tuvieron que acudir a tres o

---

**8.** Vale la pena aclarar que, esta decisión obedece a la iniciativa de algunas empresas administradoras de planes de beneficio, sin embargo, la Ruta Integral de Atención (RIA) en salud mental oficial, expedida por el Ministerio de Salud y Protección Social, plantea el acceso a salud mental a través de medicina general.

más profesionales hasta que se sintieron realmente escuchadas/os. Esta fue la experiencia de dos mujeres participantes en entrevistas a profundidad. La primera de ellas se desempeña como auxiliar de enfermería y la segunda trabaja como vendedora en el espacio público:

Yo siento que a mí la terapia me salvó de una forma impresionante. Si yo no hubiera llegado a donde ese psicólogo en específico... porque yo pasé por cuatro psicólogos, los tres anteriores, si bien hicieron algo de trabajo, no me ayudaron mucho, o sea, como que sí me daban tips, pero yo no sentía que estuviera avanzando, ellos también me decían como: “no hay avances, ¿qué está pasando?, no te abres”, y yo decía: “no sé, yo no sé, ustedes son los que se tienen que meter a mi mente y me tienen que curar” [risas]. Entonces llegué a este psicólogo y este psicólogo sí logró como cogerme el hilo, porque yo sé que soy difícil y siempre pongo una barrera fuerte con las personas, más si me tengo que quedar así como tan vulnerable (23).

“No, es que yo no estoy loca”, es lo primero que uno dice. [...] Y lo que yo decía ese día: ¿por qué a mí no me gusta ir al psicólogo? Porque yo voy a una cita y me toca con uno, voy a otra cita y me toca con otro, y voy a otra y me toca con otro. Entonces está ridiculizando mi historia, me parece terrible (19).

Podría decirse que estas dificultades coinciden con las que se encuentran en la atención psicológica y psiquiatra particular, ya que para obtener resultados con la terapia es necesario encontrar un/a profesional con quien exista empatía y confianza para abrirse emocionalmente. No obstante, cuando este tipo de atención se busca por medio de las EPS, hay mucha menos libertad para seleccionar a un/a profesional y un cronograma de atención.



---

Por otro lado, algunas/os pacientes que se encontraban bajo tratamiento farmacológico enfrentaron dificultades adicionales, dado que no lograban tener acceso a controles de psiquiatría para obtener las prescripciones (76), y a que se presentó escasez de medicamentos psiquiátricos. En consecuencia, las personas afectadas tuvieron que reemplazar su medicación, lo que en algunas ocasiones derivó en casos de desestabilización y crisis de gravedad, por ejemplo, para pacientes con patologías como trastornos afectivos bipolares o de esquizofrenia (49).

Según las y los profesionales de acompañamiento a habitantes de calle que hicieron parte del estudio, esta población fue una de las más afectadas. Uno de los participantes relató:

Tuvieron agravantes de temas psicológicos y los que tomaban sus medicamentos por fórmula psiquiátrica, lo quebraron y ese proceso quedó allá guardado. Cuando ese ciudadano volvió, regresó en un estado lamentable de deterioro de su salud mental porque no tuvo acceso a su tratamiento en un periodo muy largo (77).

Además, en lo concerniente a la medicación también se identificaron posiciones críticas por parte de profesionales de la salud que no hacen parte de las EPS. Estas personas manifestaron que la atención en salud mental suele limitarse a la formulación de medicamentos para el control de los síntomas, pero no comprende de forma global las enfermedades y sus desencadenantes sociales y relacionales. Según ellas/os, es necesario actuar sobre estos desencadenantes para generar soluciones más asertivas a largo plazo, con menores efectos secundarios y menores costos en la medicación.

En esta misma línea, las y los psicólogos que trabajan brindando atención a estudiantes universitarias/os señalaron que en la pandemia se evidenció la prioridad del abordaje clínico y resaltaron la necesidad de integrar y hacer mayor énfasis en el ámbito social desde la atención psicológica (76).

Con respecto al cuidado emocional en el ámbito laboral, las y los participantes indicaron que en algunas empresas se realizaron actividades, como talleres para el manejo del duelo en caso de pérdida de familiares, encuestas y cursos relacionados; no obstante, consideraron que estas fueron insuficientes porque no se abordaron de manera sistemática y profesional. Según indicaron, estas limitaciones no permitieron orientar adecuadamente los problemas de salud mental de las/os trabajadoras/es y, en cambio, demostraron que las actividades obedecían al cumplimiento de requisitos legales para las empresas.

Adicionalmente, debido a la emergencia de problemáticas asociadas a la salud mental en la pandemia, profesionales de talento humano, docentes de jardines infantiles y auxiliares de enfermería reportaron que tuvieron que asumir la atención emocional de compañeras/os de trabajo, pacientes, niños/as y padres/madres de familia, quienes se vieron fuertemente afectadas/os por situaciones estresantes como violencia intrafamiliar, enfermedad propia o de la familia, crisis emocionales, entre otras. Esta situación se constituyó en una fuente de estrés para varios de ellos, ya que no contaba con la formación para este tipo de servicio y asumirlo resultó en una sobrecarga laboral y afectiva (78).

Es necesario mencionar que tanto en los entornos laborales como en los entornos familiares y sociales se evidenciaron casos de mitos y estigma en relación con las personas que tienen un diagnóstico clínico de algún trastorno de salud mental. Históricamente, el aislamiento, el encierro, el hacinamiento, el maltrato, la pobreza y otros factores asociados a los hospitales y clínicas psiquiátricas insertaron en la cultura popular el rechazo hacia las personas con diagnóstico psiquiátrico, así como el temor a ser considerado como uno de estos pacientes. Esta situación tiene una alta incidencia en que la población evite acudir a un tratamiento profesional, por el temor generalizado de perder el control sobre sí mismo, la libertad, la independencia y la dignidad. Al discutir este tema en particular, una docente de un jardín infantil afirmó:

“Tenemos muchos tabúes frente a la salud mental, a la psicología y a la psiquiatría. A la gente le da pena decir que va al psicólogo porque ya van a pensar: ‘¡uy no, está loco!’” (79). En la misma línea, un profesional de un equipo de salud mental mencionó:

“Digamos que culturalmente nosotros no somos muy dados a ir al psicólogo, tener un canal de orientación. Generalmente nosotros vamos a temas de salud mental cuando los tenemos presentes, es decir, la salud mental desde una mirada negativa, y pues la salud mental no es eso” (30).

La demanda de atención en las líneas de escucha y orientación del Distrito sigue en aumento, aunque el periodo de aislamiento obligatorio y las medidas de bioseguridad asociadas a la pandemia no están vigentes, lo cual evidencia un incremento en múltiples variables: la visibilización de las líneas de atención, la relevancia que se le da al manejo de los problemas emocionales de los ciudadanos y, probablemente, el aumento en los malestares

de salud mental. De hecho, algunas/os profesionales en psicología y psiquiatría han incorporado procesos pedagógicos en las consultas, para hablar de la importancia de la prevención y la atención en salud mental, con el ánimo de reducir el estigma sobre las y los pacientes, y promover la práctica del cuidado mental preventivo.

A modo de conclusión, se puede afirmar que la gestión de las emociones y la salud mental cobraron una gran relevancia durante la pandemia. Se presentó un incremento considerable en la consulta profesional de psicología y psiquiatría, debido a los malestares emocionales desencadenados por el miedo a la muerte, el aislamiento social, el estrés, la pérdida de fuentes de ingresos y las situaciones asociadas a las barreras en la educación, la convivencia en el hogar y las violencias.

Estas situaciones desbordaron la capacidad de atención en salud mental por parte de las instituciones públicas y privadas, de manera que tanto personas con formación como personas sin formación profesional relacionada asumieron cargas adicionales para orientar el manejo emocional de otras/os a su alrededor. Se reportaron numerosos casos de docentes, médicas/os, enfermeras/os y personas de diversas profesiones; quienes asumieron la orientación emocional de familiares, amigos y conocidos, sin herramientas de primeros auxilios psicológicos que garantizaran un manejo asertivo de la situación.

Así mismo, se apreció que existe inequidad en el acceso a servicios de salud mental, especialmente a través de las EPS, mientras que la principal barrera de acceso a la atención psicológica particular es la falta de recursos económicos, dado que está fuera del alcance de muchas personas.



---

Frente a estas barreras y dificultades de acceso, es importante mencionar que a nivel distrital, desde octubre de 2021, se ha implementado el Modelo Territorial de Salud llamado “Salud a mi barrio y salud a mi vereda”, en el marco de la ejecución del Plan de Desarrollo, que plantea como un logro de ciudad “completar la implementación de un modelo de salud con enfoque poblacional-diferencial, de género, participativo, resolutivo y territorial que aporte a la modificación de los determinantes sociales de la salud”<sup>9</sup>. Dicho modelo incluye la atención en salud mental de forma domiciliaria en los diferentes territorios de la ciudad, y resulta fundamental mantener los esfuerzos para garantizarla.

En general, frente a los asuntos descritos en este apartado, se hace necesario universalizar el acceso y cualificar la atención en salud mental, tanto preventiva como clínica, en distintos ámbitos: en el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), en el sistema educativo y en los entornos laborales. Además, es necesario generar procesos pedagógicos y de sensibilización, sobre la importancia de la atención y el acceso a programas y servicios en salud mental, que permitan superar los mitos y el estigma asociados a la búsqueda de tratamiento. Finalmente, resulta fundamental aunar esfuerzos para sensibilizar sobre la importancia del manejo de las emociones en las diferentes etapas del ciclo de vida como factor de prevención.

---

9. [https://bogota.gov.co/bog/pdd\\_un\\_nuevo\\_contrato\\_social\\_y\\_ambiental\\_para\\_el\\_siglo\\_xxi\\_2020-2024.pdf](https://bogota.gov.co/bog/pdd_un_nuevo_contrato_social_y_ambiental_para_el_siglo_xxi_2020-2024.pdf)

Relato

# Me gustaría invitarlo alguna vez a mi barrio

*Mi historia es la historia de muchos, doctor, de muchos que sufrieron la pandemia como nadie más. Perdóneme que le hable así, pero es que es fuerte. Lo que tuvimos que pasar los pobres nadie se lo imagina. Bueno, usted no es doctor, pero es psicólogo, y puede entenderme mejor, gracias por escucharme.*

*¿Cómo dice? Sí, yo tengo pareja y viví con ella durante la pandemia, pero fue horrible. Ella vendía en las calles comestibles, pero con la pandemia le tocó ponerse a vender tapabocas; se levantaba a las tres de la mañana a recorrer las calles. Pero las calles estaban solas. Como casi no vendía se estresaba mucho y comenzaban los problemas. Ella consume cannabis, doctor, es re adicta y eso la abstinencia la volvía una nada, se tornaba agresiva y peleábamos mucho, incluso hasta los golpes. Pero aun así éramos las dos solitas, intentando sobrevivir.*

*Aguantamos hambre, doctor. Mi sueldito no alcanzaba, en ese tiempo yo trabajaba en el sistema de Transmilenio en el 20 de julio como anfitriona y lo que hacía era sensibilizar a las personas sobre el uso del tapabocas y el lavado de manos, pero que va, doctor, la gente era muy cruel, eso andaban paniqueadas y no respetaban, hasta me lanzaban escupitazos en la cara de pura maldad.*

*Había días que no tenía para la comida ni el pasaje, y me tocaba venirme a pie, desde Las Lomas, que es donde vivimos. ¿Que cómo fue allá la pandemia? Eso golpeó duro. Allá vivimos en pobreza extrema y mucha gente se quedó esperando alguna ayuda del gobierno, algún mercado, era triste. La gente sacaba camisas rojas en las puertas para decir que estaban aguantando hambre, pero nunca llegó nada, los viejitos sin nada que comer...perdone que me ponga a llorar, doctor, pero es que fue muy duro, mucha gente murió también, y tengo el recuerdo aquí, de viejitos que fallecían porque nadie los atendía.*

*Yo tenía el temor por mi mamita porque ella sufre de demencia senil y qué peligro que se me contagiara y se me muriera y yo sin nada para enviarle cuando inició todo. Por favor no me vea llorar doctor, me da pena. Pero es que después de la pandemia me intenté suicidar y por eso tuve que asistir a psiquiatría. Me tocó empeñar casi todo y colapsé. Quedé diagnosticada con depresión y bipolaridad. Estoy medicada, me siento aislada y aun no puedo dormir. ¿Qué carajos puedo hacer? Pienso que es la realidad de ver las calles, doctor, porque yo sí pude ver qué pasaba afuera mientras todos estaban encerrados en sus casas. Bien por los ricos que pudieron irse para sus fincas y enclaustrarse seguros y olvidarse de nosotros, ¿qué les afecta a ellos?*

*Pero en las calles en cambio los muchachos se tornaron más agresivos, no creían en el Covid y al no tener cómo rebuscárselas, hacían cosas malas y delinquían. Aumentaron el consumo de marihuana y bazuco y hacían cosas, no copiaban de nada y la inseguridad se disparó. ¿Si me entiende? El bazuco crea ansiedades y cólico, doctor, el habitante de calle al verse pelado y esa soledad tan berraca afuera... Muchos se peleaban por el territorio. La calle 22, Santa Fe, San Bernardo, Santa Lucía y María Paz. Para mí son los más críticos. Ah, y otro punto: Guatoque Veraguas, debajo del puente, créame que terrible. Allá está la gente que habitaba en el Bronx.*

*Y mucha gente quedó en la calle, conozco casos de personas que tenía sus negocios y quebraron, y ahora están como vendedores informales. La economía los afectó. Bien por los ricos que pudieron enclaustrarse en sus casas y tenían todo pagado, pero el Covid no discrimina y nos hace a todos iguales. Nótelo usted, analícelo. Eso aprendí. Yo boxeo y creo que esta vez le di un round a la vida, pero todavía se lo sigo dando, doctor. ¿Sabe? Me gustaría invitarlo alguna vez a mi barrio.*

**Relato de una gestora social del Idipron  
(Instituto Distrital para la Protección de la Niñez y la Juventud)**

## Referencias

1. Ministerio de Salud y Protección Social/Colciencias. Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I [Internet]. Ministerio de Salud y Protección Social/Colciencias; 2015 p. 348. Disponible en: [https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud\\_mental\\_tomol.pdf](https://www.odc.gov.co/Portals/1/publicaciones/pdf/consumo/estudios/nacionales/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf)
2. Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS), Secretaría Distrital de Salud (SDS). Estudio tamiz de salud mental de la población de 7 a 69 años en la ciudad de Bogotá D.C. Alcaldía Mayor de Bogotá; 2017.
3. CIE-10 Clasificación Internacional de Enfermedades 10a revisión. Modificación médica [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES\\_2018\\_diag\\_pdf\\_20180202.pdf](https://www.sanidad.gob.es/estadEstudios/estadisticas/normalizacion/CIE10/CIE10ES_2018_diag_pdf_20180202.pdf)
4. DSM Library [Internet]. [citado 7 de septiembre de 2023]. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Disponible en: <https://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425787>
5. Aguilar C, Quezada-Scholz V, Ibáñez E, Ramírez S, Miguez G, Laborda MA. Miedo, ansiedad y psicopatología: la otra cara de la pandemia y el confinamiento por covid-19. En: Pandemia y crisis Desafío para las ciencias sociales. Paula Vidal-Jenny Assael-Marisol Facuse-Andrés Gomez-Christian Miranda Miguel Urrutia-César Castillo { coordinadores }. Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Chile.: Social Editores; 2022. p. 55-71.
6. Sierra JC. Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar. 2003;1.
7. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio privado, localidad Suba. 2023.
8. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Conductores transporte público. 2023.
9. Ochoa-Fuentes D, Gutiérrez-Chablé L, García-Flores M, Mendez-Martínez S, Ayón-Aguilar J. Confinamiento y distanciamiento social: estrés, ansiedad, depresión en niños y adolescentes. Revista Médica del IMSS. 5 de junio de 2022.
10. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe II. 2023.
11. Lucas-Hernández A, del Rosario González-Rodríguez V, López-Flores A, Kammar-García A, Mancilla-Galindo J, Vera-Lastra O, et al. Estrés, ansiedad y depresión en trabajadores de salud durante la pandemia por COVID-19: Stress, anxiety, and depression in health workers during the COVID-19 pandemic. Revista Médica del IMSS. 9 de octubre de 2022;60(5):556-62.
12. Monterrosa-Castro Á, Dávila-Ruiz R, Mejía-Mantilla A, Contreras-Saldarriaga J, Mercado-Lara M, Flores-Monterrosa C. Estrés laboral, ansiedad y miedo al COVID-19 en médicos generales colombianos: Occupational Stress, Anxiety and Fear of COVID-19 in Colombian Physicians. *Estresse ocupacional, ansiedade e medo da COVID-19 em clínicos gerais colombianos*. agosto de 2020;23(2):195-213.
13. Barranco-Cuevas IA, Flores-Raya D, Akihiki Mizuki González-López, Reyes-Bello J, Vázquez-Cruz E, García-Galicia A. Síntomas de depresión, ansiedad y estrés ante COVID-19 en una unidad de medicina familiar: Symptoms of depression, anxiety and stress from COVID-19 in a family medicine unit. Revista Médica del IMSS. 7 de agosto de 2021;59(4):274-80.
14. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Líder talento humano de organización intergubernamental. 2023.
15. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Auxiliares de enfermería hospital privado, localidad Mártires. 2023.
16. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio público, localidad Rafael Uribe. 2023.
17. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio público, localidad Bosa. 2023.
18. Montorio I. Trastorno de ansiedad generalizada. En: Izal L, Cabrera I, editores. Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos. Madrid: Pirámide; 2011.
19. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Trabajadora de economía popular en el espacio público, localidad Kennedy. 2023.

20. Cruzado J. Trastorno obsesivo-compulsivo. En: Caballo V, Salazar I, Carrobles J, editores. Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos. Madrid: Pirámide; 2011.
21. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Amas de casa, localidad Ciudad Bolívar. 2023.
22. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Trabajadores empresa de alimentos, localidad Puente Aranda. 2023.
23. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Auxiliar de enfermería. 2023.
24. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Trabajadores espacio público. 2023.
25. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Gestora social en entidad del Distrito. 2023.
26. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Mujer desempleada. 2023.
27. OMS. El contexto de la salud mental. Editores Médicos, S.A. EDIMSA. 2003.
28. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médica urgencióloga de hospital privado, localidad Mártires. 2023.
29. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médica en línea escucha y orientación del Distrito. 2023.
30. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinador de equipo salud mental del Distrito. 2023.
31. Ministerio de Salud, Subdirección de Enfermedades No Transmisibles. Boletín de salud mental. Conducta suicida. [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/boletin-conducta-suicida.pdf>
32. Organización Mundial de la Salud. Estrategia para mejorar la salud mental y la prevención del suicidio en la región de las Américas. [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.paho.org/es/documentos/ce17217-estrategia-para-mejorar-salud-mental-prevencion-suicidio-region-americas>
33. SALUDATA. Suicidio [Internet]. 2022. Disponible en: <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/index.php/datos-de-salud/salud-mental/suicidio/>
34. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga de gestión del riesgo en emergencias y desastres. 2023.
35. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio público, localidad Bosa. 2023.
36. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio público, localidad Bosa. 2023.
37. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga de Secretaría de Educación del Distrito. 2023.
38. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional de control epidemiológico en aeropuerto. 2023.
39. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga clínica en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
40. Pérez-Larraya JG, Toledo JB, Urrestarazu E, Iriarte J. Clasificación de los trastornos del sueño. An Sist Sanit Navar. 2007;30.
41. Organización Mundial de la Salud. Clasificación de los trastornos mentales y del comportamiento. 1994.
42. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
43. Méndez JP. Los trastornos de la conducta alimentaria. Bol Med Hosp Infant Mex. 2008;65.
44. Perpiñá C. Trastornos alimentarios. Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos. 2011.
45. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento de niñez y juventud. 2023.
46. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales salud pública. 2023.
47. Silva MT. La ingestión compulsiva. Multidisciplina. 2010;1(7):28-44.

48. Santacoloma A, Quiroga L. Perspectivas de estudio de la conducta alimentaria. *Revista Iberoamericana de psicología: Ciencia y Tecnología*. 2009;2(2):7-15.
49. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Equipo de salud mental entidad privada. 2023.
50. Real Academia Nacional de Medicina de España. Síndrome de desgaste profesional [Internet]. Disponible en: <http://dtme.ranm.es/dtm/ver.php?id=971395&cual=0>
51. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Orientadora escolar. 2023.
52. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio público, localidad Rafael Uribe. 2023.
53. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Auxiliares de enfermería hospital privado, localidad Mártires. 2023.
54. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médica urgencióloga de hospital privado, localidad Mártires. 2023.
55. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional en acompañamiento en procesos de duelo. 2023.
56. Echeburúa E, De Corral P, Amor P. Trastorno de estrés postraumático y trastorno de estrés agudo. En: Izal L, Cabrera I, editores. *Manual de Psicopatología y Trastornos Psicológicos*. Madrid: Pirámide; 2011.
57. Torres de Galvis Y, Castaño G, Sierra G, Salas C, Barreño J. Estudio de Salud Mental Medellín 2019. Secretaría de Salud - Alcaldía de Medellín; 2019.
58. Trastorno mixto ansioso-depresivo: causas y síntomas [Internet]. 2017 [citado 28 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://psicologiymente.com/clinica/trastorno-mixto-ansioso-depresivo>
59. Hoyos KC, Benítez IV, Urzola AU, S CRO, Bracamonte YG. Prevalencia del Trastorno por Estrés Postraumático TEPT y eventos asociados en víctimas del desplazamiento forzado en la ciudad de Montería. *Informes Psicológicos*. 4 de marzo de 2022;22(1):251-65.
60. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Camillero de hospital privado, localidad Mártires. 2023.
61. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médica en línea escucha y orientación del Distrito. 2023.
62. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
63. Sociedad española de médicos generales y de familia. Guía clínica para la atención al paciente LONG COVID/COVID persistente. [Internet]. Disponible en: <https://www.semg.es/index.php/consensos-guias-y-protocolos/363-guia-clinica-para-la-atencion-al-paciente-long-covid-covid-persistente>
64. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora de Centro de Desarrollo Infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
65. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes jardín infantil, localidad Santa Fe. 2023.
66. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Trabajadores espacio público, localidad Kennedy. 2023.
67. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Mujer desempleada. 2023.
68. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Conductores transporte público. 2023.
69. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga de gestión del riesgo en emergencias y desastres. 2023.
70. Vasquez Valverde C, Crespo López M, Ring JM. Estrategias de afrontamiento. Disponible en: [https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category\\_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225](https://www.psicosocial.net/historico/index.php?option=com_docman&view=download&alias=94-estrategias-de-afrontamiento&category_slug=trauma-duelo-y-culpa&Itemid=100225)
71. María Amarís M, Madarriaga C, Valle M, Zambrano J. Estrategias de afrontamiento individual y familiar frente a situaciones de estrés psicológico. *Psicología desde el caribe*. 2013;30(1):123-45.

- 
72. Botero JC, Páez E. La resiliencia y el afrontamiento positivo: conceptos atados [Internet]. 2013 [citado 25 de agosto de 2023]. Disponible en: <https://es.scribd.com/document/430943465/BoletA-n-3-Afrontamiento-y-Resiliencia>
  73. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Funcionario de gestión del riesgo en emergencias y desastres. 2023.
  74. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio público, localidad San Cristóbal. 2023.
  75. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
  76. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales de psicología en atención a estudiantes universidad pública. 2023.
  77. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento a habitantes de calle. 2023.
  78. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
  79. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes jardín infantil, localidad Santa Fe. 2023.
  80. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga clínica en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.



# Capítulo 3

Confinamiento y consumo  
de sustancias psicoactivas



## | 3.1 Introducción

**E**l consumo de sustancias psicoactivas legales e ilegales aparece en varios de los relatos de los participantes, relacionado con la incertidumbre frente al futuro, la búsqueda constante de maneras para sobrellevar las emociones asociadas a la pérdida de control y de libertades personales, la preocupación por la salud propia y de los familiares, entre otras fuentes de estrés.

Lo anterior coincide con lo reportado en el último *Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2022 (1)* realizado por la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá y la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur, en uno de sus capítulos de profundización titulado “Situaciones frente a la pandemia por COVID-19”, que desarrolló un breve acercamiento a la dinámica del consumo de sustancias psicoactivas en el marco de la pandemia. Las personas reportaron un aumento del consumo de alcohol del 11.7 %, del consumo de marihuana del 14.4 % y de cocaína del 2.5 %.

Durante el periodo de pandemia, un 2.5 % de las personas participantes probó o inició el consumo de analgésicos opioides sin prescripción médica, como tramadol, codeína y oxicodona. Las principales razones reportadas para el aumento o inicio del consumo de sustancias psicoactivas en la capital del país fueron: ansiedad, estrés, aburrimiento, distanciamiento social, sensación de encierro, problemas económicos, problemas familiares, soledad, angustia, depresión, problemas de trabajo y preocupaciones.

A continuación, este apartado muestra lo que las personas participantes del estudio cualitativo respondieron frente al uso de sustancias lícitas e ilícitas, en el periodo de tiempo comprendido entre marzo de 2020 y agosto 2021;

dicho consumo puede referirse al inicio en el uso de una sustancia psicoactiva, aumento, disminución o deshabitación.

Cabe mencionar que la estructura del apartado no busca establecer tendencias ni prevalencias del consumo de sustancias. Por el contrario, y siguiendo el enfoque de investigación cualitativa, busca exponer las dinámicas de relacionamiento entre los diferentes tipos de sustancias y los grupos de referencia del estudio. A continuación, se presentan los hallazgos relacionados al consumo de sustancias psicoactivas en diversos grupos de referencia.

### ▶ 3.2. La experiencia de consumo de bebidas alcohólicas, tabaco y de dispositivos de administración electrónica de nicotina, en el periodo de mayor criticidad de la pandemia



Durante la pandemia yo comencé a beber muchísimo, fumaba, siempre he tenido el hábito de fumar. En la pandemia lo aumenté. Me fumaba dos paquetes diarios y bebía muchísimo, lo hacía para no sentir la pandemia, es verdad. Porque para mí ya se había vuelto un hobby: jugar parqués y bebíamos a la vez, o sea, vino, cerveza, aguardiente, lo que trajeran. Entonces eso nos ayudaba a llevar la situación y a pasar el tiempo (2).

Hombre, cuidador de primera infancia.

Las bebidas alcohólicas y el tabaco fueron las sustancias que más se encontraron presentes en las narrativas de los y las participantes del estudio. Si bien, se encontró un aumento en

el consumo de estas sustancias en los grupos de referencia de personal de salud, desempleados/as y docentes de primera infancia y colegios, en grupos como profesionales de apoyo en hogares de paso, universitarios/as y adolescentes escolarizados, se encontró una disminución en el consumo. Esta disminución estuvo relacionada con la supervisión de familiares en el caso de jóvenes y adolescentes.

Un fenómeno particular que se encontró en el estudio fue la suspensión del consumo de estas sustancias en personas en condición de habitabilidad en calle y adulto mayor. Según los relatos esta superación del consumo estuvo relacionada con los amplios periodos de confinamiento en la que estuvieron los centros de acompañamiento, lo cual dificultaba el acceso y consumo de las sustancias para las personas.

Dentro de los aspectos a destacar en relación con estas sustancias, por parte de la población adulta que contó con estabilidad laboral y económica se identificó mayor facilidad para adquirir las sustancias en los periodos de confinamiento. Una de las maneras más sencillas de acceder a estas sustancias eran los pedidos a domicilio a través de aplicaciones y, de acuerdo con algunos participantes, a medida que pasaba el tiempo bajo el confinamiento obligatorio, aumentaba el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco/cigarrillo. Así lo reportó un profesional de la salud en un grupo focal:

El que salía era yo y todo eso, entonces en el mercado de vez en cuando me tomaba una cerveza por allá. Pero en pandemia yo sí compraba la caja, la caja de alcohol, y esa caja me duraba una semana; es decir, yo llegaba en la noche, los niños ya estaban dormidos, mi esposa se acostaba temprano, y me quedaba y me ponía a tomar dos, tres, cuatro cervezas en una noche. Casi todas las noches. Entonces empecé a aumentar

---

el consumo de alcohol. [...] Se termina pandemia y obviamente esos comportamientos empiezan a bajar (3).

Además de los consumos en soledad, también se evidenció consumo de sustancias a nivel colectivo en encuentros virtuales para la celebración de fechas especiales, reuniones de equipos de trabajo, reuniones de amigos/as, entre otras. Según los relatos, las bebidas alcohólicas estuvieron presentes en varios espacios de encuentro y hubo casos de inicio de consumo en personas que no solían hacerlo, es decir, el consumo se constituyó para algunas personas en una conducta adquirida en el marco del aislamiento preventivo. Este modo de consumo se evidenció en los grupos de docentes de primera infancia, adolescentes y jóvenes, desempleados y personal de atención al público en modalidad de teletrabajo. Esta fue la experiencia del círculo de amigos de una docente de un colegio en la localidad de Suba:

Yo estaba embarazada, pero mis amigos... reunión que hacíamos por Zoom, reunión que había vino o cerveza. Entonces eso sí generó como unas dinámicas. Y como después no tengo que salir a coger taxi, no tengo que ir a trabajar, pues yo tomo, tomo, tomo y ni cuenta me doy, porque es que mi cama está al lado (4).

El consumo de bebidas alcohólicas también fue un recurso utilizado por algunas personas para conciliar el sueño y alcanzar estados de concentración para el desarrollo de actividades laborales o académicas. Este fenómeno se desarrolló en los grupos de personal del área de salud, personal de acompañamiento de líneas de atención y escucha del Distrito, universitarios/as y desempleados/as. Un participante en un grupo focal de personas que se encontraban desempleadas compartió su experiencia relacionada con este tipo de consumo:

No diría que fue completamente insaludable [sic], pues porque... por ejemplo, yo terminé mi tesis así, o sea, yo terminé mi tesis tomando y fumando y ahí estudiando al mismo tiempo, ¿sí?, y esa fue mi manera como de sopesar un poco como el estrés, porque duré dos años en los que estuve bloqueado académicamente (5).

Otras de las motivaciones comunes para consumir alcohol que reportaron las y los participantes del estudio fueron escapar de la realidad y disminuir el estrés. Incluso, algunos hombres reportaron que este consumo les ayudaba a exteriorizar sus sentimientos y constituía un mecanismo de afrontamiento en el aislamiento. En una entrevista a profundidad, un docente de un jardín infantil indicó:

Pues en especial sí había veces que uno quería tomar, ingerir alcohol. Las pocas veces que se tomaba, uno veía que le ayudaba como a coger fuerzas. Porque uno consumía, por ejemplo, cerveza, y al otro día ya amanecía un poco más relajado (6).

Adicionalmente, el consumo de alcohol se relacionó con el afrontamiento de los procesos de duelo y pérdida que experimentaron las personas en el periodo de pandemia. Los efectos resultantes del consumo se convirtieron en mecanismos para manejar las ausencias, dada la relación entre los estados emocionales de tristeza y ansiedad vinculados al efecto depresor en el sistema nervioso central. Este aspecto dificultaba los procesos terapéuticos por duelo, ya que además del acompañamiento por la pérdida, también se debía trabajar en la suspensión del consumo de alcohol. En el marco del estudio algunas personas reportaron que el consumo de alcohol iniciado en un proceso de duelo se ha mantenido incluso en la actualidad.

Entonces, lo que yo hacía era, de una u otra forma, tratar de activar ruta, pero que la persona tomara conciencia de que inclusive en los mismos duelos las personas pueden llegar a hacer escapes, y los escapes son el consumo de alcohol y algún otro tipo de sustancia, y el aumento de ellas. Entonces, dentro de lo que trabajaba en el proceso de duelo era eso: identificación de factores de riesgo, ¿qué está pasando?, ¿qué tienes que te pueda llevar a un tema de adicción?, o si ya lo tienes es porque estás escapando de reconocer ese dolor y aceptar lo que está cambiando en tu vida; entonces, cuando a mí me explican el por qué soy consumidor, porque a veces ni yo mismo sé, entonces eso hace que la persona tome mayor conciencia y diga: “claro” (7).

Respecto a los aspectos que limitaron el consumo de bebidas alcohólicas y tabaco/cigarrillo, se mencionaron las condiciones económicas durante el periodo de aislamiento, dado que el consumo se evidenció principalmente en población adulta con estabilidad económica y laboral. Asimismo, se vio restringido de acuerdo con los lugares de residencia, por ejemplo, en el caso de la población de hogares de paso para adultos mayores y personas en situación de habitabilidad en calle.

En contraste, algunas personas jóvenes de los grupos de universitarios/as, adolescentes escolarizados, personal del área de salud y docentes indicaron que tomaron la decisión de reducir el consumo de alcohol y tabaco, como resultado de reflexiones sobre el sentido de la vida y de las actividades que desarrollaban durante y después de la pandemia. Aun teniendo la posibilidad de acceder a sustancias, algunas personas decidieron reducir o eliminar su consumo, en ocasiones adoptando prácticas de respiración consciente, meditación y actividad física. Una profesional de acompañamiento

a habitantes de calle indicó que redujo su consumo de alcohol como parte de una reorganización de sus prioridades:

En mi caso, el consumo de licor digamos que se mantuvo postpandemia hasta el año pasado. El año pasado empiezo como a tomar, en medio de mi ejercicio individual, como esas reflexiones de la dedicación y la cantidad de tiempo que le invierto a salir, y como ya no tengo las redes y las intenté buscar obviamente, pero todos ya hemos como priorizado la familia, entonces pues uno no se encontraba con sus pares para tal evento. Me empiezo a dar cuenta que eso ya empieza a disminuirse, también porque pierde gusto e interés en mi caso hacia el licor, entonces pues yo me puedo tomar unas cervezas muy suaves y no tengo que irme al exceso, ni amanecer, ni a la discoteca (8).



### ▶ 3.3. La experiencia de consumo de medicamentos con prescripción médica o sin ella

Entre los medicamentos mencionados por las y los participantes en el marco del estudio se encuentran los tranquilizantes y los antidepresivos. Ambos pertenecen al grupo de sustancias depresoras del sistema nervioso central, sustancias con efectos de disminución de la actividad de sus funciones y, por esta razón, son utilizados con cierta frecuencia para tratar médicamente la ansiedad, el pánico, la depresión, las reacciones de estrés agudo y los trastornos del sueño. Entre estos medicamentos se incluyen los sedantes, hipnóticos y ansiolíticos; por ejemplo, las benzodiacepinas. Estas se prescriben para el tratamiento de trastornos como

---

la ansiedad y el insomnio, y tienen el potencial de generar adicción, especialmente en casos de automedicación y sobremedicación.

En el marco del estudio se reportó el inicio de acompañamiento farmacológico a algunos jóvenes y adultos de los grupos de profesionales de líneas de escucha, y a vendedores/as en el espacio público; como respuesta a cuadros de estrés, ansiedad y depresión. El inicio del consumo de estos medicamentos estuvo acompañado de equipos profesionales y en la mayoría de los casos representó mejorías significativas en las personas. Una mujer ingeniera de equipos de vacunación en el periodo de pandemia expresó lo siguiente:

Pues yo estuve con tratamiento farmacológico, lo acabe hace poquito. Claro, la ansiedad la tengo hace más de veinte años, pero se agudizó en el 2022, cuando me dio la crisis, fue el año pasado. Incluso a raíz de eso y otros eventos, yo salí del trabajo y descansé unos meses, para tratar de equilibrar un poquito (9).

Sin embargo, también se encuentra que el consumo de estos medicamentos sin la prescripción médica requerida aumentó en algunos jóvenes universitarios/as, desempleados y el personal de salud. Una profesional en psicología clínica de una universidad pública expresó:

Entonces seguían tomando una medicación que tal vez en una primera consulta les recetaron, no les funcionó, pero se la seguía tomando. Miles de efectos secundarios, pero decían: “¡Yo no tengo nada más!”, o no podían seguir su tratamiento, no pueden acceder a consulta; y era más bien un consumo de medicamentos sin supervisión, era lo que yo veía, más que prescribir o comprar sin prescripción médica. [Era] continuar sin acompañamiento de psiquiatría (10).

De la misma manera se evidenció aumento del consumo de medicamentos sin prescripción médica en beneficiarios de hogares de paso para personas mayores y personas en situación de habitabilidad en calle. Se sugiere que el acceso a estas sustancias, conocidas por algunos como “ruedas”, se facilitó después de la pandemia, según indicó un profesional en acompañamiento a habitantes de calle:

Entonces lo llaman “ruedas” es porque no es ácido, no es el LSD, sino que son psiquiátricos. Entonces provocan una alteración de percepción y la consumen, sin tener trastornos psiquiátricos. Y eso se volvió súper común, porque entonces hay unas que quitan la depresión, hay otras que te hacen sentir un poquito feliz, por ejemplo. Eso sentí, que aumentó todo eso como para controlar los estados anímicos. Ese consumo no solo de la hierba o de la cocaína, que ya generan una alteración, sino era para evitar ciertos estados emocionales... caer como en ciertas pausas o ciertos momentos en estados emocionales que la gente no quería caer (7).

Entre los motivos para iniciar el consumo de medicamentos sin prescripción se reportaron: episodios de pánico, ansiedad generalizada, dificultades para conciliar el sueño y estrés. Los medicamentos con mayor consumo fueron los antidepresivos, ansiolíticos, benzodiacepinas, antiinflamatorios no esteroideos, hipnóticos y sedantes. Las regulaciones para acceder a este tipo de medicamentos no impiden su obtención sin prescripción médica.

Fue algo muy terrible para mí, entonces digamos que eso es atado en mi vida: ansiedad, la depresión; y pues eso yo nunca lo había vivido en mi vida. Fue muy duro, entonces pues nada, fui al psiquiatra, el psiquiatra habló conmigo y pues digamos, me recetó paroxetina, que inhibe ciertas enzi-



mas, ciertos receptores para recaptar más acetilcolina, digamos, y eso como que te ayuda a sentirte un poco mejor. También empecé a presentar falta de sueño y me recetaron un antihistamínico que daba sueño, se llama Difenhidramina, entonces digamos que sí viví el tema de los fármacos muy cerca de mí, pero más a la parte digamos, psiquiátrica o mental, y pues fue complicado la verdad, de tú no estar tomando nada en tu vida, a pasar un momento a estar tomando eso, fue muy difícil (5).

Por otra parte, los antidepresivos son útiles en el tratamiento farmacológico de diferentes trastornos depresivos, de ansiedad, analgesia y trastornos del sueño (11). Sin embargo, su abuso o indicación no autorizada, puede traer efectos inesperados y de gran magnitud. El Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia ha señalado que el uso indebido de antidepresivos puede tener consecuencias graves para la salud, como adicción, somnolencia excesiva, depresión respiratoria, paro cardíaco, estado de coma e incluso la muerte (12), por lo que el consumo de este tipo de medicamentos, usados para tratar la depresión, debe realizarse bajo acompañamiento médico especializado.

Los relatos surgidos en el marco de la investigación describen cómo el consumo de fármacos sin prescripción médica fue una práctica usada por algunos adolescentes y jóvenes, algunos consumos se conocieron por la familiaridad con los adolescentes, y otros por la cercanía en los espacios laborales universitarios. Una profesional de atención a estudiantes de universidad pública lo narró de esta manera:

Muchas veces, pues como la paroxetina la recetan como si fueran dulces, de pronto también vi, curiosamente, como muchos psiquiatras recetando cosas muy fuertes:

quetiapina, litio, o cosas así que uno: “¡Dios mío!, ¿en qué momento manejan la depresión como si fuera una bipolaridad?”, y los chicos super dopados y dicen: “No tengo más”, y no, no sé, para hacer esos ajustes... ¡uy gravísimo esto! porque si no hay control, ¿qué hacemos? (10).

Pero ahorita en el hospital sí conocí a una chica que empezó a usarla, ella decía que ella no creía que tuviese ansiedad y depresión, pero igual se auto medicaba con anti-depresivos y hasta llegó al hospital por eso, y todavía no lo aceptaba hasta que ya pasó. Desde pandemia empezó la automedicación porque se sentía mal, hasta que ya entendió que sí necesitaba ayuda de psicología (5).

### 3.3.1. La experiencia de consumo de marihuana

En las actividades de recolección de información, las dinámicas de consumo de marihuana relacionadas por los participantes se relacionaron principalmente con procesos de introspección, búsqueda de descanso, desconexión sobre lo que estaba ocurriendo y también como mecanismo para conciliar el sueño. Este consumo se evidenció en los grupos de referencia de universitarios, adolescentes escolarizados, desempleados/as y personal de acompañamiento en hogares de paso.

Las restricciones en la movilidad y los periodos de aislamiento llevaron a que las personas permanecieran mucho tiempo en espacios comunes con familiares. Este compartir llevó a que las prácticas relacionadas con el consumo de sustancias psicoactivas, en especial el de marihuana, se hicieran visibles en mayor medida dentro de los círculos familiares de jóvenes universitarios y adolescentes escolarizados. Una psicóloga de las líneas de escucha mencionó lo siguiente:



---

Entonces la gente empieza a encontrarse dentro de su familia, y su casa, y su hogar y esto, con cosas que no sabían del otro. A mí eso fue una de las cosas que más me sorprendió, «yo no sabía que tú fumabas marihuana», y el otro fumando marihuana en la pieza... se empiezan a destapar una serie de situaciones que no conozco del otro, que se supone que vive conmigo y sé todo, no, no lo sabía (13).

Los y las docentes manifestaron una percepción de aumento en la distribución, consumo y modos de presentación de la marihuana luego del levantamiento de las restricciones de movilidad, y del regreso a colegios y universidades; es decir, el acceso a la sustancia pareciera haber aumentado en algunos grupos de referencia, particularmente en la de adolescentes y jóvenes. Así, los docentes, mencionaron la dificultad para controlar el consumo de comestibles con marihuana como chocolatinas y postres:

Y hay chocolatinas, lo de nuestra época no sé, “*happy brownies*”. Ahora es una chocolatina empacada legalmente, divina, no hecha en la cocina de tu casa; que además está ya siendo regulada, y donde además de todo en el empaque le dicen a los niños cuál es la dosis apropiada, y sale por Instagram. Y una chocolatina vale 25.000 pesos, y si acá traen una chocolatina y me la abren en el salón, yo tengo que admitir que yo no duraría (pues en el salón no se puede comer), ¿sí?, pero es difícil de controlar (14).

Por otro lado, lo que yo veo de los estudiantes... sí, también apoyo la idea: antes de la pandemia se escuchaba el escándalo en grado décimo u once del niño que se pillaba fumando, siempre había uno o dos casos en general, en todos los colegios. Pero después de la pandemia, llegan los chicos y ahora no... ya no es lo normal cuando encontrá-

bamos aquellos casos de uno a dos, me parece que aumentó, ya no son solo esos, sino son cinco o seis niños, ya es un grupo grande, entonces aumentó el número de niños que comienzan a tener ciertas experiencias que sabemos no son positivas (14).

Un aspecto que surgió en el marco del ejercicio investigativo fue el aumento en la percepción del consumo de marihuana en espacios públicos por parte de jóvenes y adolescentes. Este acontecimiento, según refieren las y los participantes del estudio, es algo que no se percibía antes de la pandemia por COVID-19, o al menos no de la misma manera a como lo percibían al momento del estudio. En este mismo sentido, se evidencia un aumento en los reportes a través de llamadas a las líneas de escucha del Distrito desde colegios públicos y privados de la ciudad, para solicitar acompañamiento a jóvenes y adolescentes que presentan consumo de cannabis. Este consumo, según las y los participantes del estudio, aumentó luego del periodo de pandemia, como lo explican los siguientes relatos:

Aumentó un montón, y ya vas sin freno, ya los niños que fumaban cigarrillo en la pandemia de 13 o 14 años, fuman marihuana como si no pasara nada: por la calle, en los parques, en el carro, en el Transmilenio; yo poco uso Transmilenio, pero cuando lo uso siempre está pasado en olor, yo también como que voy mareada, entonces es como un montón de que ese tipo de vicios sí se disparó, se disparó bastante (5).

Ya no decimos que los [en los colegios] privados nunca, no, ahora es por igual; eso es otro que hemos podido notar. Antes los privados pues casi no llamaban, pero ahora es por igual y también consumo de marihuana más que todo (14).

Relato

# Tener un balance

*Me vi a mí mismo a los nueve años, estaba en trance, en un viaje, no sabía si era real o ficticio, sino como una imaginación donde me veía a mí siendo un niño pequeño, calvito e inocente, parado frente a mis ojos. Entonces comencé a pensar en mi vida, mis sueños, mis motivaciones, el ritmo que había tenido hasta el momento, hacia dónde me enfocaba, lo que me divertía y las cosas buenas que no había hecho. Me arrodillé, puse mi cabeza en sus pies, y le pedí perdón a ese niño. No recuerdo si ya había iniciado la pandemia.*

*Yo tenía un amigo que vendía hongos alucinógenos, hongos mágicos, hongos con psilocibina, sustancias que son enteógenas, no sintéticas sino naturales, sustancias que te abren la percepción y los sentidos o te desbloquean sensaciones que están ahí. Y la verdad me gustó. Fue como si hubiera votado un montón de sentimientos negativos, de energía muy pesada que había estado recolectando, como si hubiera botado una gran exhalación, y en esa gran exhalación se fueron muchos problemas y preocupaciones internas que tenía. El niño que debía rescatar.*

*Soy consumidor habitual de marihuana, en la pandemia me la pasaba fumando con un amigo y la verdad no tengo problema con eso, creo que uno debe hacerlo con responsabilidad, pedirle permiso a la sustancia porque en ella también habita un alma o espíritu que hay que respetar, y por eso consumo calidad, algo que esté bien testeado, no me gusta la que viene del Cauca o esos lugares porque pienso que ese tipo de cosas así mismo son las que llegan a ti e ingresan en tu cuerpo: caos, destrucción, sangre y violencia. No. Las drogas nos acompañan desde hace*

*mucho tiempo. Yo creo en las teorías de Terence Mackenna que habla de los monos dopados, nuestros antepasados, los homines sapiens que, al consumir hongos alucinógenos, desarrollaron su capacidad cerebral y expandieron su conciencia.*

*Pero yo he cambiado mi vida. Soy un hombre distinto. La pandemia me sirvió para eso. Venía de un mundo de fiestas, drogas fuertes y placeres sexuales sin control. Consumía LSD, anfetaminas, ácidos, tusi, alcohol y marihuana, en ese orden, lo mezclaba todo. Un buen LSD no se consigue fácil en Bogotá, pero yo tenía contactos. Es una sensación mucho más visual, auditiva, más relajada, y la consumía para ir a fiestas o ir al cine o parchar con amigos. Una vez en un after, me metí en un guayabo químico, consumiendo MD, tusi, pepas de éxtasis, Nexus y ketamina, y eso es un subidón de dopamina y serotonina bravos, todos los placeres corporales para sentir la música techno. Buoom-buoom-buoom sentía los bajos de la música, como que entraban y buoom, me daban un palpito en el corazón y un palpito en los sentidos. Esa vez no debí mezclar todo eso con alcohol y marihuana. Pero eso fue un año loco de mi vida, ya lo he venido dejando.*

*No soy como los demás, tengo intereses raros, lo admito. Definirse es limitarse. Durante la pandemia me ponía hacer ejercicio, calistenia, barras, fondos y algo de boxeo. También practicaba la meditación para controlar la abstinencia sexual, haciendo técnicas muy precisas. ¿Alguien conoce la magia sexual? Consiste en retener la eyaculación para guardarla y canalizarla en otro tipo de energía. Entonces encendía una vela en mi habitación y comenzaba a respirar, lentamente, y apretaba el músculo del ano, que es el mismo que sirve para eyacular; lo apretaba y lo soltaba, varias veces, e imaginaba que esa energía subía por mi espina dorsal y desabrochaba mis chakras y kundalinas y así trataba de extasiarme para lograr estados alterados de conciencia. A veces fumaba marihuana antes de hacerlo, pero me distraía. Aun así, era chévere. Había que tener un balance.*

**Relato de una entrevista aplicada a un joven de 24 años  
estudiante de una universidad privada**

### 3.3.2. La experiencia de consumo de otras sustancias psicoactivas

Además de las sustancias mencionadas anteriormente, se evidenció el consumo de otras sustancias en el marco de la pandemia por COVID-19, aunque en una menor proporción a las descritas anteriormente. Entre las sustancias que refirieron las y los participantes se encuentran: el bazuco, la cocaína, el 2cb (tusi), el LSD y las bebidas energizantes. Para quienes refirieron consumos iniciales de estas sustancias, este se relacionó con sentimientos de soledad, euforia y deseos de experimentar nuevas sensaciones; principalmente en la población joven escolarizada, universitaria, del área de salud y de acompañamiento de líneas de escucha y orientación. Una adolescente, estudiante en un colegio público, compartió sus razones para iniciar el consumo de bazuco:

- Eh, bazuco. Sí, ¡cosas!
- ¿Iniciaste ese consumo en la pandemia o antes habías consumido?
- En la pandemia.
- ¿Hubo algo que te llevó a consumirlo durante la pandemia?
- Para no sentirme sola, porque yo solo le he tenido cien por ciento confianza a dos personas: a mi hermanastro y a mi prima. Y pues, en esos tiempos mi prima estaba en Estados Unidos, y mi hermanastro antes vivía con nosotros, pero por problemas se mudó con la mamá, entonces ya era como [...] No podía ser yo misma (15).

Por otra parte, una docente de un jardín infantil en el centro de Bogotá reportó que con la pandemia se presentó un aumento en el consumo de bazuco en las familias de las niñas y los niños:

Bueno, aquí si es fuerte el tema del consumo, la mayoría de estos sectores son un lugar de consumo. Entonces sí, creo que eso fue más fuerte, no sé cómo lo conseguían o cómo lo hacían, pero llegaban papás drogados; nuestros niños a veces llegaban con mucho olor a bazuco, pero pues en cuanto a borrachos y cigarrillos, no. Yo diría que sí, el consumo de bazuco sí se disparó. Creo que la gente, no sé, para de pronto salir un poco de su situación, pero sí se les veía en unas condiciones bastante... los niños llegaban hasta dormidos (6).

En el grupo de referencia de estudiantes universitarios también se señaló el aumento del consumo de sustancias psicoactivas sintéticas en el periodo posterior a la pandemia. Se reportó que antes del confinamiento obligatorio se observaba una mayor inclinación hacia el consumo de sustancias como la marihuana, el alcohol y el cigarrillo en los entornos de ocio y fiesta, ya sea en las propias universidades o en sus alrededores. No obstante, desde que se retomaron las actividades que estuvieron restringidas por la pandemia, perciben un aumento en el uso de sustancias sintéticas en estos entornos y en las fiestas juveniles, donde se aprecia un desborde de las prácticas de consumo. Así lo describió un estudiante universitario que participó en un grupo focal:

También esa olla pitadora que fue, de pronto, la pandemia; esa válvula de escape fue también la farra. No fue mi caso, pero yo sí conozco mucha gente, amigos que farreaban, y era como mucha felicidad de encontrarse, de volverse a ver, de farrear, y en las farras había muchos consumos. Y, por ejemplo, en ese trasegar yo fui conociendo mucha gente que también ahora está muy presente en el entorno universitario. [...] Parece, es gente que tiene unos consumos de sustancias psicoactivas muy fuertes, muy fuertes, de combinación de sustancias, que habitan espacios como los

---

raves, que son espacios de muchos consumos, que tienen ciertas ideas de lo que es la reducción de riesgos por programas, pero sus prácticas de consumo son muy complejas, de muchos consumos muy diferentes. Antes siempre había muchas drogas, o sea, obviamente en la universidad; pero yo lo que veía antes principalmente era la marihuana, el trago artesanal, la cachaza o el trago adulterado. De hecho, cosas muy baratas (16).

A partir de los relatos de las y los participantes se identificó un fenómeno relacionado a la normalización del consumo de sustancias psicoactivas tales como marihuana, cocaína y tusi en contextos universitarios. Se resalta que este suceso no ocurría antes de la pandemia y se ubica como efecto de las medidas restrictivas de distanciamiento. Una auxiliar de enfermería mencionó al respecto:

O sea, digamos que uno va a la universidad y el 90% fuma marihuana, ¿sí?, tú vas a un bar y todo el mundo habla de tusi, todo el mundo habla de perico, todo mundo habla de la marihuana como si fuera algo normal, como si te estuvieras tomando un vaso de agua. Lo que te digo, las redes como mueven ya tanto en el mundo, entonces tú ves y ay, me voy a viajar, y todo el mundo compra tusi, y nos vamos [igual], para no quedarnos de la fiesta. O tú vas a una farra, una fiesta o un bar, y, si te quieres emborrachar entonces te ofrecen perico. Y pues dice la gente que (yo nunca la he consumido) la marihuana te relaja, porque estoy en parciales y me voy a relajar porque tengo parciales. Entonces aumentó bastante. De pronto la gente lo hacía y era más escondido, ¿sí?, hoy en día es preocupante (17).

## Relato

# Los cuadros

*No estoy acostumbrado a permanecer tanto tiempo en la casa y durante la pandemia tener que acoplarme al encierro lo detesté. A veces no podía dormir. Mis papás y una hermana se vinieron a vivir conmigo y mi esposa porque nuestra casa era más grande, y eso nos permitía estar cerca entre nosotros y estar pendiente del estado de salud de cada uno. Esa parte era bonita.*

*Soy gestor de talento humano de una organización en Bogotá y en la pandemia vivía pegado al computador, manejando archivos y subiendo datos a una plataforma virtual que me provocaba jaquecas y dolores de espalda. Es increíble cómo de un momento a otro nuestro mundo entero, toda nuestra realidad, se achiquita y reduce a diminutos cuadros con escasos campos de visión para asemejar las cosas. Una ventana, una pantalla, un monitor, una tabla de Excel, la puerta clausurada de la casa.*

*Cómo éramos varios en la casa cada uno intentaba buscar su propia forma de sobrellevar el encierro. En mi señor padre era el tinto, mi hermana y mi esposa el alcohol y yo el cigarrillo. Me fumaba casi media cajetilla diaria y simplemente no podía parar, lo necesitaba. Me hacía en la ventana del baño que daba al entretejado de las casas vecinas, y fumaba sacando mi mano por los resquicios, como si fuera un presidiario. Ahora, cuando me recuerdo, así me lo imagino. Lo hacía sobre todo para calmar la ansiedad y el estrés, las ganas de hacer algo distinto a estar sentado frente a los cuadros quietos.*

*Esa rutina a la que nos empujó la pandemia. Quizá también era la angustia o el miedo por ese virus. Cuando hacíamos mercado (yo o mi esposa éramos los encargados) siempre agregábamos un sixpack y tres botellas de vino y ron para tomárnoslas en las noches. No duraban ni una semana. Recurríamos entonteces a cualquier tipo de trago que encontráramos en la casa y que había sido guardado para las fiestas de diciembre, y cuando llegó diciembre, claro, ya no había nada. En el fondo beber nos ayudaba a sobrellevar esta crisis, la crisis de no poder salir. Nos servía para distraernos de esa realidad.*

*Mi papá se tomaba dos tazas de café después de cada comida, bien cargados, y eso le aumentaba la preocupación diaria. Todo el tiempo me interrumpía en mi jornada y no me dejaba concentrarme. Mi hermana tampoco volvió a ser la misma; como estaba en la universidad, una vez retomó sus estudios de forma presencial, se abocó por completo a la fiesta y el alcohol, la marihuana y esas nuevas drogas que los universitarios consumen en bares y discotecas. A mi no me gusta eso, y con mi esposa hablamos que las drogas se han normalizado por completo, algo que antes no se veía. Tú sales a un parque o una esquina, y no es difícil encontrar a jóvenes de la edad de mi hermana fumando y metiendo esas cosas; alucinándose. Socialmente el gobierno ya no lo puede controlar. Debería.*

*También llegué a tomar píldoras para dormir. Creo que el estar encerrados hizo que nos sintiéramos propensos a consumir más este tipo de sustancias, y yo lo he visto incluso en mis compañeros de trabajo. Una vez leí acerca de un experimento que hicieron con ratas de laboratorio para estudiar la drogadicción, y, en ese estudio, después de que las drogaban, a un grupo de ratas las dejaban encerradas en un cuarto oscuro y vacío, mientras que a otro grupo las mantenían en una ambiente abierto, cálido y lleno de juegos o colores. Descubrieron que las ratas encerradas eran las únicas que desarrollaban una drogadicción, mientras que las otras no. Eso es muy interesante. Creo que puede decirnos mucho a cerca del ser humano y lo que vivimos en la pandemia al estar confinados.*

*Como humanos, nuestra naturaleza es salir o refugiarnos en drogas cuando no soportamos el peso de realidad que vivimos. Son cosas que la pandemia terminó de alterar.*

**Líder de talento humano de una organización pública**



### ▶ 3.4. La experiencia del síndrome de abstinencia



Durante el confinamiento obligatorio se presentaron múltiples limitaciones para el consumo, tanto de alcohol y tabaco, como de otras sustancias psicoactivas. Por lo tanto, muchas personas que presentaban policonsumo y consumos problemáticos de sustancias experimentaron síndrome de abstinencia, caracterizado por síntomas como taquicardia, sudoración, insomnio, temblor en las manos, agitación y ansiedad; los cuales fueron reportados por el grupo de referencia de los equipos profesionales que laboran en hogares de paso.

En el marco de las restricciones establecidas en estos hogares, se diseñaron estrategias de atenuación de los síntomas de abstinencia, por ejemplo, sistemas de recompensas con el ánimo de generar estímulos gratificantes para aumentar la liberación de dopamina. Algunas de estas estrategias se mantienen en la actualidad y permiten modos de relacionamiento distintos entre beneficiarias/os de los programas de atención. Los equipos profesionales expresan que luego del periodo de pandemia han identificado nuevas expresiones de solidaridad y fraternidad. Un profesional de acompañamiento a personas habitantes de calle relató:

En este momento y con cambios de orden administrativo, la población está siendo un poco más autónoma en ese aprendizaje que han realizado en años anteriores. En este momento ellos han sido más autónomos en ese ejercicio y saben que tienen un compromiso para que se tomen unos medicamentos. Otra cosa que he encontrado, eso sí, es de revisión y seguimiento en bases de datos: es que de esos nueve mil y tantos habitantes

de calle que tenemos identificados y que hemos afiliado al sistema de salud, al hacer el seguimiento a corte de febrero de este año [2023]. Me he encontrado con una gran cantidad de personas que estuvieron en Bogotá, y que, a partir del tema de la pandemia se fueron de Bogotá, es decir, empezaron a buscar sus redes. Ahora resulta que sí tienen familia, que sí tienen alguien que los espera y que pregunta por ellos (7).

Otra de las poblaciones que refirió presencia de síndrome de abstinencia fue la población joven universitaria, dadas las dificultades para acceder y consumir sustancias sintéticas. Algunas estrategias de afrontamiento frente a estas situaciones fueron conductas como la onicofagia (manía de comer o morderse las uñas con los dientes), el exceso en la ingesta de alimentos y el uso excesivo de videojuegos. Este último fue el caso de un estudiante universitario que menciona:

Mi semana consistía en... no sé, jueves, viernes y sábado salir en un ambiente de rumba electrónica en varias partes de la ciudad, se me facilitaban mucho las cosas y pues también estaba el consumo de sustancias sintéticas fuertes. Llegó la pandemia, entonces todo paró, tuve síndrome de abstinencia y lo llevé con comida, con uñas y con videojuegos; entonces yo me acuerdo de que hubo un par de noches que jugué como desde las diez de la noche hasta las cinco o seis de la mañana, seguido; me dormía a las siete u ocho y me levantaba a las tres de la tarde a seguir jugando (18).

En lo que se refiere al impacto de la pandemia por COVID-19 en la salud mental de los habitantes de Bogotá, particularmente en las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas, es posible mencionar que los impactos se die-

ron de maneras diferenciadas según los grupos de referencia participantes, y los determinantes sociales como se ha venido describiendo a lo largo del informe. En términos generales, se identifica la necesidad de trabajar como ciudad en la garantía del acceso a los medicamentos requeridos por prescripción médica, que también fortalezcan el acompañamiento a los pacientes por parte de profesionales de la salud, y que desincentiven la automedicación y la sobremedicación con estas sustancias.

Para lograrlo, se requiere estricta vigilancia en la cadena farmacéutica, que incluye las etapas de fabricación, adquisición, almacenamiento, transporte, dispensación y disposición final de los medicamentos de control especial (MCE), así como el seguimiento a los establecimientos competentes.

De igual manera, es necesario el desarrollo de estrategias comunicativas dirigidas a la ciudadanía en general, encaminadas a prevenir la automedicación y la venta no controlada de medicamentos tales como las benzodiazepinas y los opioides. Este tipo de estrategias son relevantes, teniendo en cuenta que existen medicamentos como el tramadol, de los cuales se registran casos de abuso, pero son de venta libre. Es fundamental garantizar el acompañamiento permanente a las personas que se encuentran en tratamientos farmacológicos para trastornos de salud mental, ya que, en los grupos focales y las entrevistas realizadas en el marco del estudio, se mencionó la dificultad para sostener los tratamientos por falta de citas, seguimiento y empatía con los profesionales a cargo.

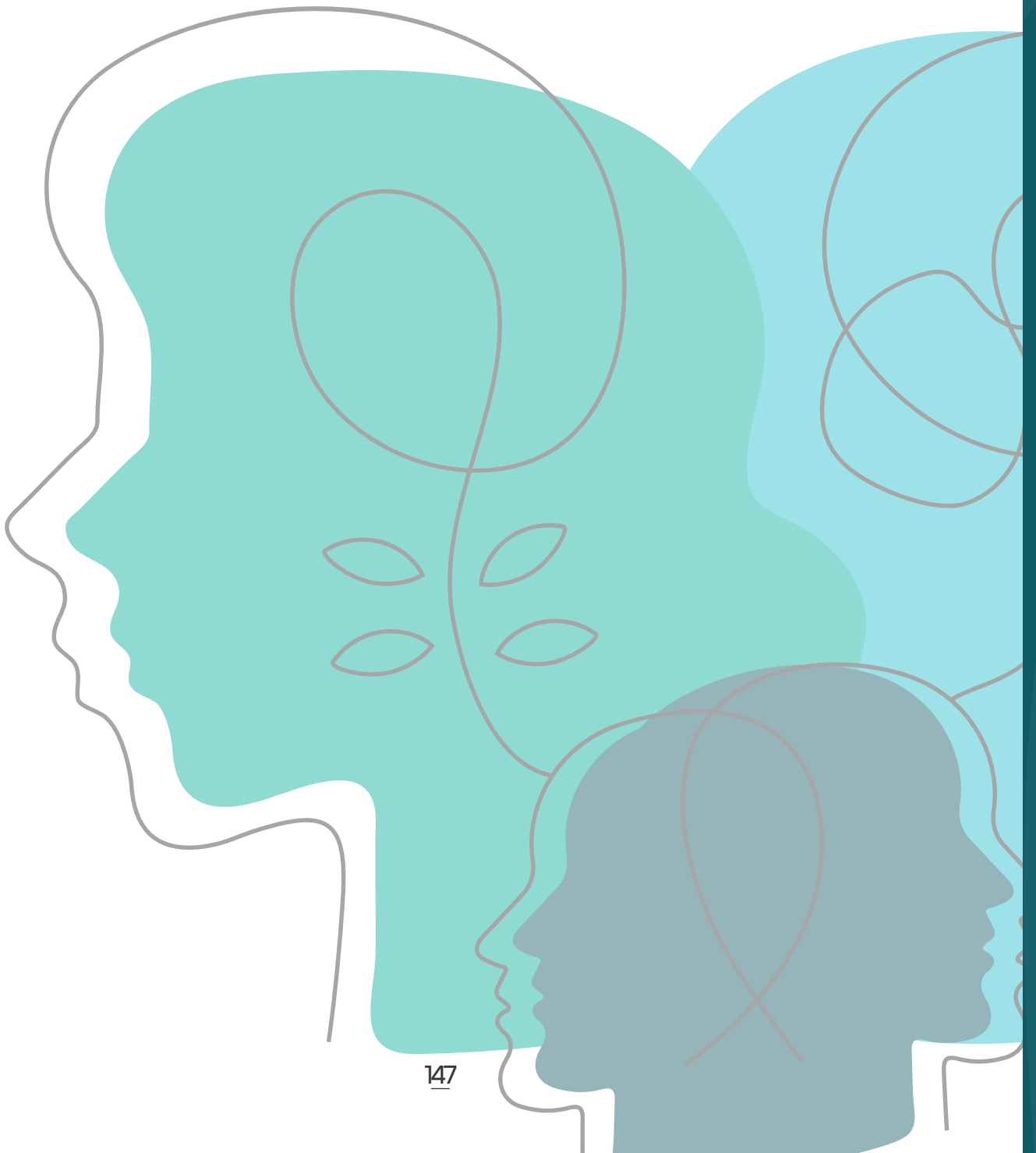
Asimismo, resulta clave implementar estrategias de acompañamiento que permitan identificar consumos de sustancias psicoactivas en adolescentes y jóvenes escolarizados, así

como adultos que hayan aumentado su consumo en el periodo de pandemia y que en la actualidad se mantengan. Por ejemplo, pueden realizarse procesos de identificación de patrones de consumo en colegios públicos y privados de la ciudad, y diseñar estrategias de acompañamiento que vinculen a la familia y al entorno escolar. Uno de los puntos de atención en dichos entornos debe ser el uso de dispositivos de calentamiento de tabaco y vapeadores, que está generando conductas adictivas que demandan acompañamiento profesional especializado (1).

## ▶ Referencias

1. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Estudio de consumo de sustancias psicoactivas en Bogotá D.C. 2022. 2022.
2. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Cuidadores de primera infancia vereda Auras, localidad Sumapaz. 2023.
3. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales salud pública. 2023.
4. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio privado, localidad Suba. 2023.
5. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Desempleados. 2023.
6. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
7. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento a habitantes de calle. 2023.
8. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional de acompañamiento habitante de calle II. 2023.

- 
9. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Ingeniera de programa de vacunación. 2023.
  10. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales de psicología en atención a estudiantes universidad pública. 2023.
  11. Marín-Rincón HA, Machado-Duque ME, Machado-Alba JE. Para qué indicaciones se están utilizando los antidepresivos en adultos de Colombia. Revista Colombiana de Psiquiatría. 1 de julio de 2022;51(3):192-8.
  12. Minsalud, comprometido con la salud mental de los colombianos [Internet]. [citado 12 de enero de 2024]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/Minsalud-comprometido-con-la-salud-mental-de-los-colombianos.aspx>
  13. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales de las líneas de escucha y orientación del Distrito. 2024.
  14. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga clínica en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
  15. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio público, localidad San Cristóbal. 2023.
  16. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Estudiante universidad pública. 2023.
  17. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Auxiliares de enfermería hospital privado, localidad Mártires. 2023.
  18. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Estudiantes universidad privada II. 2023.



# Capítulo 4

Procesos de resiliencia  
en tiempos de pandemia





## | 4.1 Introducción

Las medidas de aislamiento social forzoso que se implementaron en el marco de la pandemia por COVID-19 pusieron a prueba las habilidades emocionales, cognitivas y socioemocionales de las personas y sus círculos cercanos. Sin embargo, en ese periodo también se desarrollaron y aplicaron capacidades y estrategias a nivel individual, familiar, grupal y colectivo para mantener el equilibrio físico, mental y emocional, en medio de las adversidades que emergieron o se agudizaron.

En los procesos de ajuste y acomodación para encontrar un equilibrio, las y los participantes transitaban diversos momentos de negación, conductas obsesivas de higiene y cuidado, estados de tristeza y desesperanza, dificultad para sostener los vínculos afectivos, cuestionamiento del sentido de la vida, entre otras experiencias. Estas dinámicas también llevaron a que las personas desplegaran estrategias adaptativas en los ámbitos laboral, académico, espiritual y relacional; las cuales les ayudaron a sobrellevar los cambios y a hacer de su espacio cotidiano un lugar seguro, evidenciando procesos de resiliencia.

En el estudio se entiende la **resiliencia** como la capacidad de las personas para hacer frente a las adversidades de la vida, aprender de ellas, superarlas e incluso transformarlas (1). Es importante resaltar que la resiliencia no se entiende como una cualidad, sino como un proceso, en la medida en que se puede aprender, fomentar y fortalecer, a partir de diversas experiencias a lo largo de la vida o de distintos periodos de tiempo. Además, se construye a lo largo del ciclo vital, los aprendizajes y los tipos de afrontamiento desarrollados (2).

Por otro lado, cabe anotar que la resiliencia no es un concepto abstracto, sino que está compuesta por factores que actúan en conjunto; por lo cual, en situaciones similares, algunas

personas son más resilientes que otras. Dentro de estos factores se encuentran los relacionados con el contexto y los mediadores: los primeros obedecen a variables de orden sociocultural, geográfico, territorial y ambiental, como las condiciones relacionadas con el acceso a la educación, las prácticas culturales, el relacionamiento comunitario y las historias de vida; por su parte, los factores mediadores están relacionados con variables de riesgo y protección de cada persona en relación con las habilidades sociales, la pertenencia a un grupo, la percepción de sí misma/o, y el contexto y las conductas de riesgo (por ejemplo, el consumo de sustancias psicoactivas). La combinación de estas variables permite consolidar la resiliencia y enfrentar situaciones adversas (3,4).

El presente apartado agrupa los resultados relacionados con la categoría de resiliencia en cinco áreas de análisis. Cada área surgió a partir de los hallazgos y particularidades identificadas en las narrativas de las personas participantes en el estudio, según los grupos de referencia estudiados.

*Pero también superé miedos durante la pandemia. Yo antes le tenía mucho miedo a socializar, a mí alguien me hablaba y me daba mucha cosa, porque yo sentía “no, esa persona, no sé, tiene una doble intención”. Yo era muy desconfiada, y en la pandemia como pues no era como acá, que esto, que todos en su casa; no, allá era al contrario, entonces yo tomé esa habilidad, no de socializar, sino de soportar a las personas y hacer amigos. Entonces yo me la pasaba en la casa del vecino, en la casa del otro vecino, pero no en mi casa, nunca estaba en mi casa. Entonces, yo digo que eso también me ayudó. La pandemia me ayudó también a superar ese miedo (5).*



## ▶ 4.2. Habilidades sociales

Las habilidades sociales son aquellas conductas que nos permiten relacionarnos e interactuar con las demás personas de forma efectiva y satisfactoria. Estas habilidades se aprenden y desarrollan a lo largo de la vida, y las interacciones sociales, por ende, se pueden enseñar, potenciar o mejorar en cualquier momento del curso de vida. Se dividen en: habilidades básicas, relacionadas con saber escuchar, entablar conversaciones, y reconocer cualidades en otras personas; y en habilidades complejas, relacionadas con la empatía, la inteligencia emocional, la asertividad, la capacidad de resolución de problemas y la identificación de emociones propias y de las demás personas (6).

En los diferentes grupos de referencia del estudio se identificó que el desarrollo, mejoramiento o cuestionamiento de ciertas habilidades sociales básicas y complejas se profundizó en los periodos de aislamiento y confinamiento. Muchas y muchos participantes mencionaron que durante los momentos de incertidumbre se permitieron reflexionar sobre sus maneras de relacionarse, por lo cual algunos de ellos mejoraron sus relaciones interpersonales.

No obstante, se reportaron otros casos en que el aislamiento reforzó las dificultades en el establecimiento de vínculos, entre estas dificultades se encontró el refugio o repliegue en la virtualidad, que agudizó la escasez de habilidades sociales para algunas personas. Sobre este asunto, una estudiante de un colegio público anotó:

*Ahorita después de la pandemia me cambió un poquito la actitud y mi perspectiva frente a las otras personas. Sí, me da un poquito de miedo conocer a personas porque siento*



que podrían llegar a juzgarme por ser quien soy, porque yo antes intentaba parecerme a las otras personas, y eso fue un gran error que yo llegué a cometer (5).

En contraste con las dificultades de relacionamiento, un aspecto positivo a destacar es la empatía desarrollada en el marco de la pandemia, los diferentes grupos de referencia enfatizaron en cómo los sucesos de la pandemia los llevaron a solidarizarse con otras personas en diversos contextos. Durante los espacios de reflexión individual, algunas/os participantes identificaron los privilegios que tenían para asumir los cambios impuestos por la pandemia, y decidieron trasladar estas reflexiones a la práctica, implementando iniciativas y proyectos solidarios. Entre estas iniciativas se destacaron las donaciones de alimentos; las asistencias médicas, psicológicas y/o emocionales; el trabajo social; las donaciones de dinero; entre otras que se profundizan en el capítulo 1, “Vivencias y experiencias” del presente estudio. Con respecto a estas demostraciones de solidaridad mencionadas, un funcionario de gestión del riesgo en emergencias y desastres compartió su experiencia:

La mayoría de la gente daba donaciones a su propia familia, les daban el mercadito. En mi caso, por ejemplo, yo tengo una tía, que tiene 95 años, y tres sobrinos que viven con ella. Yo cada dos meses le giraba dinero para mercado. Ese sentido de responsabilidad y solidaridad se dio. Y todavía sigue dándose en muchas partes (7).

### ▶ 4.3. Prácticas de autocuidado físico, social, mental y emocional



El autocuidado se refiere a la atención que una persona se brinda a sí misma. Consiste

en fortalecer y nutrir la salud mental, física y emocional, para prevenir o mitigar problemas de salud y malestar. Así mismo, implica adoptar prácticas, hábitos y estrategias que tienen un impacto positivo en todas las áreas de la vida y que capacitan a las personas para ayudarse a sí mismas y manejar las circunstancias que pueden afectar su salud y bienestar (8).

Las y los participantes del estudio mencionaron prácticas que realizaron durante los periodos de confinamiento para iniciar o aumentar medidas de cuidado físico, social, mental y emocional. Las más frecuentes estuvieron relacionadas con: la actividad física, que estuvo permitida en el marco del aislamiento; la mejoría en la calidad de la alimentación, y las prácticas de respiración consciente, meditación y yoga. A pesar de que algunas personas expresaron que mantienen estos hábitos, otras mencionaron que el desarrollo de dichas actividades fue circunstancial, en el marco de la pandemia por COVID-19. En relación con el desarrollo de actividades deportivas, una coordinadora de un centro de desarrollo infantil, que trabajó con niñas y adolescentes durante el confinamiento, refirió:

Yo trataba de gestionar algunas actividades con el IDR [Instituto Distrital de Recreación y Deporte] virtuales, en las que hacíamos juegos y cosas, pues para entretenerlas un poquito, y para salirnos en medio de tanta labor que debíamos presentar y tareas. Yo decía: “no, ellas lo merecen” (9).

Por su parte, una auxiliar de enfermería que participó en una entrevista a profundidad manifestó que la expresión de sus sentimientos por medio del llanto y la meditación le ayudaron a mantener la estabilidad emocional:

Me voy a pegar mi lloradita, una lloradita y a seguir [risas], y básicamente es como: lloradita, a seguir, hablarlo si lo necesito, a veces no me gusta hablarlo, sino yo solita en calma, analizo mis cosas, miro pues no sé... en ese tiempo [de pandemia] a mí me funcionó mucho la meditación, la respiración; entonces respiro en cuatro, mantengo cuatro, saco en cuatro y sostengo. Las meditaciones de... bueno, sentir mi cuerpo, sentir el momento ahora, toda la cuestión, eso (10).

Otro de los aspectos relacionados con el autocuidado es el acompañamiento terapéutico, que fue posible durante la pandemia gracias a la expansión de la telemedicina y la reglamentación de los servicios de salud en el marco de la contingencia sanitaria, a través de las Resoluciones 2654 de 2019 y 536 de 2020. Esta práctica fue reiterativa en todos los grupos de referencia, además, se identificó que la pandemia motivó que las personas reconocieran y valoraran la importancia que tiene el acompañamiento profesional en la vida cotidiana.

Algunas/os participantes expresaron que en el marco del acompañamiento psicológico o psiquiátrico lograron identificar, verbalizar y trabajar en sus afectaciones psicoemocionales. Una de ellas fue una mujer auxiliar de enfermería, quien indicó:

Entonces como el entender todo eso, el darle el nombre a lo que no tiene nombre para uno, siento que es supremamente importante y todo eso lo aprendí en terapia. O sea, de pronto la gente lo encontrará en otros procesos, pero para mí era terapia, o sea, ese fue mi... siempre terapia, porque fue como volver a nacer y, entonces, que me enseñaran todo de nuevo: enseñar a reconocer tus emociones, a diferenciar emoción-sentimiento, cómo los puedo generar, diferenciar qué es para mí el mundo

y cómo lo estoy sintiendo, entender que para las otras personas el mundo es totalmente diferente, y entonces cómo puedes convivir con ello (10).

Aunque varias personas reportaron que continúan en terapia psicológica o psiquiátrica, otras manifestaron que tuvieron que abandonarla por motivos sociales y económicos. Estos casos evidencian las dificultades del acceso a la atención en salud mental y de la permanencia en procesos terapéuticos de calidad.



#### ▶ 4.4. Cualificación profesional

La cualificación profesional se refiere al conjunto de habilidades y conocimientos necesarios para desempeñar eficazmente un trabajo o tarea en una determinada profesión (11). En el marco de la pandemia, el repertorio de habilidades profesionales tuvo que ajustarse a los desafíos de la emergencia sanitaria, a las dinámicas de virtualidad y al trabajo a distancia. Particularmente, el sector salud tuvo que dedicarse al estudio y perfeccionamiento de técnicas y protocolos que permitieran dar respuesta al fenómeno de contagio del COVID-19. Así mismo, las y los profesionales en psicología y psiquiatría se enfocaron en innovar e introducir mejoras en la atención, de manera que fuera posible abordar la exacerbación de síntomas de trastornos de salud mental y el manejo del duelo, así como garantizar las intervenciones de contención emocional y el apoyo a otras/os profesionales de la salud.

En el sector educativo también surgió la fuerte necesidad de innovar y adaptar las estrategias y formatos convencionales. Docentes, de todas

---

las áreas académicas y niveles escolares, se vieron llamados a adaptar sus métodos para mantener e incentivar el aprendizaje en los entornos virtuales, lo cual promovió la creatividad y el trabajo conjunto en los equipos de algunas instituciones académicas, como refirió una docente de un jardín infantil en la localidad de Santa Fe:

A nivel laboral, súper chévere, ¡uy!, con estas viejas hicimos cosas maravillosas: que cuenta al oído, que nos disfrazábamos, que mañana qué vamos a inventar. Eso hacíamos cosas re locas, que yo decía: “¡uy!, increíble que cada una tiene tremendo talento y ni siquiera lo sabía”; fue con el despojo [sic] de cada una y nos apoyábamos (12).

Adicionalmente, algunas/os profesionales en gestión de talento humano manifestaron que desarrollaron habilidades relacionadas con la escucha y la contención emocional, impulsadas por la necesidad de apoyo que tenían sus colegas y compañeros. Así lo expresó una profesional de recursos humanos de una organización:

Un después fue como reconocer mis habilidades y resistencia, que no sabía que tenía, [...] un reconocimiento, porque ni siquiera lo había entendido antes. Creo que el antes fue parte de formación emocional, como que en cierta forma la vida me estaba preparando para eso, porque yo lo que había vivido en cosas personales, ya había tenido contacto con la muerte, con estar sola, y creo que esas experiencias en mi vida de cierta forma me prepararon indirectamente para poder atender a la gente, para poder entender qué era lo que estaban viviendo, que estaban desesperados con el aislamiento, que tenían miedo. Entonces creo que esas situaciones personales mías, que viví antes, sí me ayudaron como a resistirla mejor y a tener esa empatía de “entiendo lo que estás pasando” (13).

Por otra parte, profesionales de diversas áreas indicaron que los cambios y procesos de adaptación generados por la pandemia incentivaron la interdisciplinariedad, y que esta se mantiene en la actualidad. Según ellos, el relacionamiento entre diversos perfiles académicos y profesionales les permitió acercar disciplinas que hasta entonces eran distantes y generar un reconocimiento de “lo otro” y “lo desconocido”, como se evidencia en el relato de un funcionario de epidemiología del Distrito:

Y nos enseñó a trabajar un poco en equipo. Yo nunca había trabajado con otros perfiles, pero con los que hacíamos la modelación matemática del virus, pues eran físicos, matemáticos; que yo en mi vida... pues sí, o sea, uno trabaja más, pero pues sí. Mostró que ese trabajo en equipo, y complementar esos perfiles fue ¡ufff!, a mí me enseñó mucho y les aprendí mucho a ellos. La interdisciplinariedad del tema ayudó mucho (14).

Finalmente, un aspecto positivo destacado por participantes de varias profesiones y oficios fue el desarrollo y fortalecimiento de habilidades tecnológicas durante la pandemia. Dentro de estas habilidades se destacó el manejo de dispositivos electrónicos, herramientas y aplicaciones digitales; facilitando el desempeño laboral, académico, e incluso las actividades de ocio y deporte de manera sincrónica y asincrónica.

Las personas manifestaron que estas condiciones promovieron la resiliencia y motivaron la superación personal y académica, ya que les permitieron explorar y reconocer otros modos de comunicarse y relacionarse. Por ejemplo, una docente de un jardín infantil en la localidad de Santa Fe manifestó:

Relato

# Nos volveremos a ver

*Escuchamos un golpe. Yo me enredé en las cobijas, no me podía ni levantar. Cuando me levanto, mi abuelo estaba encima de la mesa con su cabeza ladeada, y yo le dije ¿me estabas buscando? y cuando yo lo levanto, ya le vi la mitad del cuerpo torcido, para un lado. Sentí que se moría y lo único que pensé fue, hasta aquí lo veo. Le tomé la mano y él suspiró. Se fue. Vete a descansar; algún día nos volveremos a ver.*

*No fui la única que perdió a alguien en la pandemia. Mis compañeras también, un ser querido se les fue para el cielo o se contagiaron gravemente del virus. Muchas tuvimos problemas de nervios, ansiedad y miedo extremo. El miedo a salir a la calle y de repente, no regresar a nuestro hogar. Muchas nos enfermamos por el estrés del trabajo y las circunstancias que se vivía en toda la ciudad: la incertidumbre, la angustia de pensar que estábamos ante el fin del mundo.*

*Nuestro trabajo, como maestras de primera infancia, cambió rotundamente. Ahora todo se hacía por medio de un celular inteligente o un computador, pero algunas compañeras no contábamos con estos dispositivos. Varias nos endeudamos para tener con qué trabajar. A otras se les hizo el infierno lidiar con esto, porque somos mujeres de otra generación que aprendimos la pedagogía de forma artesanal, y solo en ese nivel nos movíamos. El trabajo se hizo más pesado, las jornadas se doblaron. En nuestras casas nuestras familias seguían dependiendo de nosotras, y fue complicado. Limitadas.*

*Había un único consuelo: nuestros bebés. Los ojos y la inocencia de esas criaturas que no entendían nada de lo que estaba pasando, aunque lo intuyeran. La atención a familias la realizábamos a través de llamadas telefónicas, mayormente. Todos los días debíamos preguntarle a las madres o padres ¿cómo estaban? Y luego apretar cintura. Sin pretenderlo, nos convertíamos en mediadoras, compañeras, psicólogas o paño de lágrimas, motivadoras o alberca de desahogos. Luego suspirábamos. Recibíamos esos problemas ajenos y dábamos consejos como si supiéramos qué decir en verdad. Brindábamos apoyo, activábamos rutas, localizábamos miembros de las familias para que reclamaran el mercado que les dábamos.*

Muchas solo tenían ese mercado para toda la familia. Llorábamos pensando en eso. Las lágrimas que derramamos hoy son el vívido afluyente de lo que soportamos. Pero algo bueno debimos hacer. Sentir esa gentileza, ese **agradecimiento** de las familias por nuestro trabajo y sacrificio. ¿Sacrificio? Sí. Había días en que teníamos que exponernos y exponer a nuestros hijos e hijas, pensando en los hijos de las otras. Nuestra abnegada labor solo cobra importancia si tenemos en cuenta que nosotras nunca dejamos de ser madres, hijas, hermanas, maestras, enfermeras y compañeras durante la pandemia, en los momentos más críticos donde solo contábamos con nuestra paciencia. Donde teníamos que ver el norte, aunque la brújula ya no estaba.

Cada día nos levantábamos a enfrentarnos a esa nueva realidad que nos retaba. Viendo las capacidades de nuestras compañeras aprendimos a creer en nosotras mismas. Aprendimos a perdonarnos.

Nunca es tarde para adquirir un nuevo conocimiento, destrezas y descubrir habilidades ocultas. El internet, manualidades, juegos, rondas, prácticas de cuidado y bioseguridad, estrategias de afrontamiento y regulación emocional, todo tuvimos que asumirlo, y salimos a flote. Nunca nos rendimos.

Nunca flaqueamos porque sabíamos que detrás de nosotras, estaban esas familias con sus chiquitines que la estaban pasando peor, y era nuestra obligación seguir resistiendo. Había pocas felicidades, tal vez, pero todas brillaban por encima de cualquier tristeza cuando nuestros niños nos contestaban el teléfono y nos hablaban.

*“Una vez una nena me dijo: si el barco se hunde, se convierte en submarino”.*

**Relato creado a partir de testimonio de un grupo de maestras de primera infancia de una fundación**

En la parte de la tecnología, o sea, nosotras tuvimos que aprender [de] las que sabían, y gracias a Dios fue un muy bonito grupo [el] que entrenó, y nos ayudaban, porque hay algunas que no..., por ejemplo, yo hay muchas cosas que las aprendí a los trancazos, y gracias a Dios pues, todo salió muy bien (12).

En el mismo sentido, una cuidadora de primera infancia en la localidad de Sumapaz, refirió:

Para mí, [fue] positivo como lo recursivos que nos volvimos todos. Terminamos siendo recursivos porque nunca habíamos vivido eso, entonces tocaba hacer ciertas cosas [...] con la tecnología... en la casa no se hacía ejercicio, pero terminamos haciendo ejercicio. Entonces siento que ahora somos muy recursivos. La educación, que a pesar de que hubo falencias, se logró llegar a los niños y las niñas de forma virtual, cosa que nunca habíamos vivido (5).

En las actividades de recolección de datos, personas participantes de diversos grupos mencionaron que se vieron impulsadas a formular y ejecutar iniciativas de generación de ingresos, para garantizar el sustento propio y el de sus familias, como respuesta a las pérdidas de empleo que ocasionó la pandemia de COVID-19. Una mujer que se desempeñaba como vendedora en el espacio público compartió una experiencia en este sentido:

Algo importante es que también nos dejó cosas bonitas la pandemia. Por lo menos, yo aprendí a hacer otras cosas, [...] porque yo salía solamente a vender la ropa, [y] aprendí a hacer crochet; aprendí a pintar; me puse con las niñas a mirar videos de cómo se pintan las cerámicas, porque teníamos unas que nos habían dejado hace muchos años guardadas. Entonces también hubo cosas de emprendimiento para nosotros, emprendimos muchas cosas de las cuales también salimos a vender, hicimos domicilios (16).

#### ▶ 4.5. Emprendimientos económicos e iniciativas sociales



El desarrollo de emprendimientos económicos e iniciativas sociales fue otra de las respuestas que se evidenciaron frente a las dinámicas establecidas por la pandemia. Sobre este asunto, vale la pena aclarar que el emprendimiento económico se refiere a la capacidad de una persona, o un grupo de personas, para **desarrollar una actividad económica de manera eficiente**; se enfoca en la creación de proyectos empresariales. Se diferencia del emprendimiento social, que se enfoca en la creación de empresas que luchan por erradicar problemas sociales, promueven el desarrollo sostenible y generan valor no solo económico, sino también social y humano en las comunidades (15).

Particularmente en los grupos de referencia de vendedoras y vendedores informales, así como de personas desempleadas, se mencionó que las grandes dificultades que enfrentaron para realizar actividades económicas en el espacio público los llevaron a emplear nuevas estrategias para subsistir. En muchos casos, les fue necesario incumplir las medidas de confinamiento impuestas por el Gobierno nacional y local, para vender productos puerta a puerta, implementos de bioseguridad y realizar entregas a domicilio.

Por otra parte, varias personas compartieron historias de solidaridad y trabajo comunitario para apoyar a familias en situación de vulnerabilidad. Por ejemplo, una docente de un jardín infantil relató cómo ella y su familia decidieron



crear una fundación para ayudar a las personas de la comunidad que no podían cubrir sus necesidades básicas:

Pues a mí me queda algo muy bonito, todavía lo sigo construyendo. A veces es difícil mantenerlo, pero sin embargo ahí está. En la pandemia ocurrió algo muy interesante, muchas personas me escribieron “no tengo que comer”, me dijeron que hay una familia allí que no tienen que comer algo, y yo decía “¡juepucha! ¿cómo le hago si tengo es escacitadamente [sic]?”. Entonces con mi familia creamos un proyecto que se llama “Fundación Viva Amor”, y con ella nos pusimos como la meta, o nos trazamos que mensualmente vamos a hacer algún evento, algo para la comunidad, para las personas que lo necesitan; aún lo seguimos ejerciendo (17).

#### ► 4.6. Transformaciones del sentido de la vida



Las transformaciones del sentido de la vida hacen referencia a los cambios en cómo una persona ve y da significado a su existencia a lo largo del tiempo. Estos cambios pueden surgir debido a experiencias, reflexiones o eventos importantes y pueden tener un impacto en el proyecto de vida (18). Las y los participantes del estudio reconocieron la vivencia de la pandemia de COVID-19 como un acontecimiento histórico que trajo cambios en su cotidianidad, y en sus maneras de ser y estar; expresaron una sensación de **renacer y ser otras/os** luego de dicha experiencia. Esos cambios se relacionan con la percepción del pasado, el presente y el futuro; el entendimiento sobre la vida y la muerte; el reconocimiento de la fragilidad humana; la incertidumbre del futuro y la necesidad de ubicarse en el ahora.

Para muchas personas, las prácticas espirituales fueron uno de los soportes que les dieron fortaleza y les motivaron a reflexionar sobre la vida. Los sucesos ocurridos durante la pandemia las llevaron a adquirir o reforzar estas prácticas, con el objetivo de sentir paz, resguardarse de la incertidumbre y aceptar eventos dolorosos, como la pérdida de seres queridos. Así lo relató una auxiliar de enfermería que participó en una entrevista a profundidad:

Yo decía: “en algún momento voy a terminar”. Entonces [...] de todo lo negativo que a veces vemos (porque al final, las emociones no son negativas, no son malas ni buenas, nos hacen sentir cosas diferentes), lo comencé a vivir y sentir, y comencé a entender que la muerte es un proceso que no podemos evitar, y a aceptar la partida de mi abuelo (10).

En algunos casos, estas prácticas estaban relacionadas con la religión, como se evidencia en el relato de una docente: “Siempre aferrada a Dios, yo creo que me acercó un poco a Dios y un poco a mí misma, me encontré conmigo misma y me di el espacio de conocerme un poco más” (19).

Por otro lado, muchas personas iniciaron o reforzaron prácticas como la meditación y el yoga, para aumentar el reconocimiento y control de su dimensión física y mental. De hecho, algunas/os participantes mencionaron que descubrieron y estudiaron filosofías estoicas y budistas, las cuales les permitieron acceder a herramientas teóricas



---

y prácticas para comprender el sentir y cómo dar respuesta a los cambios generados por la pandemia, como se aprecia en este relato: “Bueno, sí creo que me volví más flexible en cierto sentido, pero también más consciente de la fragilidad. Me daba un poquito de ansiedad la multitud y la enfermedad, sí, más que antes creo” (20).

En suma, los relatos de las y los participantes del estudio permitieron apreciar numerosas muestras de resiliencia, además de evidenciar estilos y estrategias de afrontamiento que fueron contruidos, moldeados y fortalecidos ante las situaciones generadoras de estrés, relacionadas con la pandemia de COVID-19.

Los diferentes estilos y estrategias facilitaron sobrellevar los sentimientos de incertidumbre y desesperanza. Si bien algunas personas expresaron que en la actualidad sostienen algunas prácticas espirituales, otras indicaron que las implementaron de manera temporal y en respuesta a su sentir durante los periodos de confinamiento; sin embargo, el hecho de haberlas desarrollado les llevó a fortalecer su autoestima y la percepción de sí mismas, así como a potenciar el sentido de la empatía, la capacidad de compromiso hacia el otro y la exploración creativa de la resolución de conflictos.

Relato

# Una fortaleza envidiable

*Román es el mayor de cuatro hermanos y cuando llegó la pandemia, acababa de terminar sus estudios en la universidad y un diplomado. Esperaba con ansias poder graduarse para así empezar a trabajar y tener un buen ingreso para ayudar a su familia, pero la pandemia se lo impidió. La pandemia le hizo una mueca fea. Todo se cerró y la ciudad, tal como la conocía, quedó clausurada.*

*Doña Leonora, madre de Román, trabajaba como independiente vendiendo comida en la calle y era la forma de conseguir el sustento diario para sus hijos. No tenían a nadie más. Pero en la pandemia la historia se tornó difícil y complicada, porque en las calles la policía comenzó a perseguirla y las pocas personas que había afuera tampoco le compraban nada por el miedo a la Covid.*

*Román siempre fue muchacho inteligente e inquieto, apasionado, y en ese momento decidió ayudar a su madre vendiendo obleas en los parques y sacando puesticos de arte infantil para que los niños pintaran alguna caricatura. Trataba de no quedarse quieto y conseguir dinero como fuera. Doña Leonora preparaba alimentos típicos santandereanos en casa y Román se encargaba de comercializarlos por WhatsApp y llevar los pedidos a domicilio a cualquier parte del barrio o la ciudad. Le angustiaba esa labor por el temor de estar expuesto al virus y el riesgo de llegar a contagiar a su familia, además de la posibilidad de ganarse un comparendo de parte de la Policía.*

*Aquellos meses de la pandemia se vivieron con mucha intensidad. La preocupación por pagar el arriendo y conseguir el dinero necesario para el mercado de la casa generaron en Román situaciones de estrés y ansiedad desbordantes. Vivía en una permanente angustia, desespero, frustración de no poder conseguir un trabajo acorde a sus estudios y en peleas constantes con su madre y sus hermanos al sentirse encerrado (acorrado). Las peleas eran por el temperamento fuerte de todos los integrantes de la familia. Doña Leonora muchas veces no entendía a su hijo.*

*Román había iniciado una relación sentimental con un amigo suyo desde antes de la pandemia, pero no pudieron soportarlo. Quizá doña Leonora siempre lo supo, pero Román nunca se atrevió a contarle: él era gay.*

*Luego de unos días de iniciar el confinamiento estricto en la ciudad, la pareja de Román se contagió de Covid y enfermó con síntomas visibles, pero Román no se atrevía a visitarlo. Le daba miedo de contagiarse y exponer a su familia, y lo cierto es que tampoco sabía cómo lidiar con la particularidad de esa situación, pues ir en busca de su novio implicaba tener una buena excusa que contarle a su mamá sin que sospechara nada. Pero esto no lo entendió la pareja de Román. Al pasar los días iniciaron los conflictos por la separación, el reclamo por desatenciones y la ansiedad de contacto físico que se había instalado entre los dos. Román se sentía en una encrucijada. Permanecía alterado y tensionado. Él trataba de explicarle a su pareja la complejidad de las circunstancias, las preocupaciones añadidas por la falta de dinero en el hogar y la necesidad de trabajar como fuera, pero eso no impidió que terminaran la relación.*

*Eran dos personas que se querían, se habían apoyado mucho y representaban un valor importante en la vida de cada uno. Román lloraba. Su condición sexual siempre había sido un tema conflictivo para él en la adolescencia, y muchas veces llegó a tener ideas suicidas por no poder aceptarse como era, en su diferencia. Noches enteras le rezaba a Dios pidiéndole su auxilio.*

*Sin embargo, Román es una persona fuerte emocionalmente, ha logrado sobreponerse a las circunstancias y no le gusta minusvalorarse ante los demás, mucho menos autocompadecerse. Es consciente de las complicaciones de la vida y que es necesario batallar por lo que se quiere, tener metas y proyectarse en grande hacía un futuro distinto, no se deja achicar ante nada. Mantiene viva una fortaleza envidiable.*

**Relato de vendedor en el espacio público**

## Referencias

1. Henderson Grotberg E. La resiliencia en el mundo de hoy: cómo superar la adversidad. GEDISA; 2006. 392 p.
2. OPS. Resiliencia en tiempos de pandemia. Claves para fortalecer los recursos psicológicos en el aislamiento y distanciamiento social. 2020.
3. Mirta Flores, María Cortés. Resiliencia: Factores Predictores en Adolescentes. 2022;12(3):115-28.
4. Tipismana O. Factores de Resiliencia y Afrontamiento como Predictores del Rendimiento Académico de los Estudiantes en Universidades Privadas. REICE Revista Iberoamericana sobre Calidad, Eficacia y Cambio en Educación. 2019;17(2):147-85.
5. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Cuidadores de primera infancia. Vereda Auras, Sumapaz, 2023.
6. Eceiza M, Arrieta M, Goñi A. Habilidades sociales y contextos de la conducta social. 2008.
7. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Funcionario de gestión del riesgo en emergencias y desastres. 2023.
8. Ayes CCB, Ruiz AL, Alarcón G, Estévez, vez. Autocuidado: una aproximación teórica al concepto/ Self-care: a theoretical approach to the concept/Auto-cuidado: urna abordagem teórica do conceito. Informes Psicologicos. 1 de julio de 2020;20(2):119-39.
9. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora de Centro de Desarrollo Infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
10. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Auxiliar de enfermería. 2023.
11. M.A. Aneas. Hacia una conceptualización de las competencias interculturales. 2003;157-202.
12. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes jardín infantil, localidad Santa Fe. 2023.
13. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Líder talento humano de organización intergubernamental. 2023.
14. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Funcionario de epidemiología del Distrito. 2023.
15. Pérez-Briceño JC, Jiménez-Pereira SE, Gómez-Cabrera OA. Emprendimiento social: una aproximación teórica-práctica. 2017;3.
16. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Trabajadores espacio público. 2023.
17. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe II. 2023.
18. Cardona Duque HH, Sepúlveda Ruiz SM, Angarita Varela AL, Parada Baños AJ. *Salud mental y transformaciones del mundo de la vida en un escenario de violencia política y social*. Psychologia Avances de la Disciplina. enero de 2012;6(1):47-62.
19. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
20. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga de Secretaría de Educación del Distrito. 2023.

# Capítulo 5

Los colectivos  
más vulnerables





## 5.1 Introducción

Los colectivos más vulnerables son las poblaciones cuya autonomía, dignidad o integridad pueden ser amenazadas; son aquellas personas, que debido a sus condiciones como individuo y a las condiciones del medio en que viven (ambientales, sociales o de otro tipo), son más susceptibles al daño.

Durante el proceso de análisis de datos cualitativos del presente estudio, se identificaron tres grupos poblacionales, representados en los participantes de entrevistas y grupos, que experimentaron y sobrellevaron afectaciones colectivas diferenciales en términos de salud mental, a causa de la pandemia de COVID-19. Estos grupos son: mujeres, adultos mayores y niñas, niños y adolescentes. A partir de sus narraciones se construyó un capítulo de profundización, que describe sus experiencias y vivencias diferenciales, las cuales sugieren un incremento de su vulnerabilidad, así como desafíos para las y los tomadores de decisiones y la sociedad en general.



## 5.2. Mujeres, pandemia y salud mental

Al realizar una revisión de la literatura relacionada con el objeto de este estudio (1,2,3,4), se encontró que a nivel mundial las mujeres fueron uno de los grupos poblacionales con mayores afectaciones por la pandemia y que experimentaron y han seguido experimentando impactos diferenciados incluso después de que se declaró el final de la emergencia sanitaria mundial. Los informes consultados muestran aumento de los síntomas de ansiedad y depresión; mayor carga de trabajo y estrés por sus responsabilidades de cuidado; aumento de las violencias de género; reducción del acceso a servicios de salud mental e incertidumbre económica, especialmente en las mujeres que son el sustento principal de sus hogares.

En la misma línea, el presente estudio evidenció que la pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto significativo y diferenciado en la salud mental de las mujeres. En consecuencia, este apartado aborda cómo las mujeres habitantes de Bogotá vieron afectada su salud mental a causa de las medidas restrictivas implementadas en los periodos de confinamiento: los cambios en los patrones laborales, de socialización y cuidado, y las diversas circunstancias desencadenadas por la propagación del COVID-19.

En el desarrollo de las actividades de recolección de datos con los diversos grupos de referencia, un primer elemento que sobresalió en relación con las afectaciones diferenciales para las mujeres en la pandemia fue el incremento en los casos de **violencias basadas en género**<sup>10</sup> y **violencia intrafamiliar**<sup>11</sup>. Uno de los grupos de referencia que identificó este tipo de violencias en la cotidianidad contra mujeres, niñas y niños, fue el conformado por docentes – principalmente mujeres docentes de primera infancia. Según sus relatos, lograron identificar estas violencias a través de comentarios en espacios de clase por parte de las niñas y niños, quienes no hablaban del tema de forma directa, sino que en la narración de su día a día mencionaban discusiones familiares álgidas y situaciones de violencia física hacia ellas, ellos o sus madres.

**10.** Se entiende por ‘violencias basadas en género’ cualquier acción, omisión o conducta que cause muerte, daño, amenaza o sufrimiento físico, sexual, psicológico, económico y/o patrimonial, dentro del ámbito público como privado. Estas violencias están ligadas a dinámicas sociales, culturales y ejercicios de poder que mantienen las condiciones de desigualdad y discriminación basadas en estereotipos de género. (5)

**11.** De acuerdo con la Ley 294 de 1996, toda persona que dentro de su contexto familiar sea víctima de daño físico, psíquico, o daño a su integridad sexual, amenaza, agravio, ofensa o cualquier otra forma de agresión por parte de otro miembro del grupo familiar, es víctima de violencia intrafamiliar.

No obstante, las docentes también observaron que al acercarse a los estudiantes para indagar más sobre estas situaciones, era difícil obtener información, dado que en ocasiones se normalizaban las situaciones descritas y había intenciones de ocultarlas por parte de los padres de familia. Sobre esta situación, una docente de la localidad de Santa Fe mencionó: “[...] **uno le escuchaba a los niños decir que: ‘hoy mi papá regañó a mi mamá y le dio pao-pao’, porque esas son las palabras de los niños, ¿pao-pao, o le dio un puño?’**” (6).

Otra manera en que las docentes conocieron situaciones de violencia fue por medio del acercamiento de las madres de sus estudiantes, quienes estuvieron en busca de un espacio de apoyo y orientación frente a las agresiones. Sin embargo, se reconoció que la capacidad de las docentes para brindar ayuda fue limitada, dadas las restricciones de información sobre los casos, las condiciones de cuarentena y confinamiento, y la decisión de muchas madres de no continuar con el proceso de denuncia, o de no volver a hablar sobre la situación. Adicionalmente, las participantes mencionaron que esta necesidad de apoyo psicosocial aumentó su carga laboral y emocional, al no poder encontrar soluciones a los casos de violencias y vulneración de derechos.

De forma similar, otro grupo de personas que evidenció el aumento en las violencias basadas en género e intrafamiliar fueron las y los profesionales de las líneas de atención del Distrito, como la Línea Púrpura, la Línea 106 y la Línea 123. De hecho, desde el inicio del confinamiento, el número de llamadas diarias con denuncias y solicitudes de ayuda a la Línea Purpura aumentó un 230 % (7).

Una profesional de una de las líneas de escucha y orientación del Distrito relató: **“Los fines de semana es una cosa de locos acá, desde las seis de la mañana que llegas a turno, recibes casos de maltrato contra la mujer, todo el tiempo”**(8). También lo indicó otra profesional de las líneas



---

del Distrito: “Si uno escoge comparativamente los periodos donde menos denuncias hubo de violencia intrafamiliar, pues claro, las mujeres no pueden, nadie podía salir, ¿pues quién va a denunciar? nadie. Pero paralelamente nuestra línea se desborda” (9).

Así mismo, más profesionales de atención psicosocial como psicólogos/os, trabajadores/as sociales de entidades públicas, empresas y colectivos de la ciudadanía observaron una mayor ocurrencia de violencias basadas en género. A pesar de que siempre contaban con experiencia en esta especialidad, la gravedad de las situaciones les llevó a desplegar acciones para brindar información, apoyo o acompañamiento a las personas sobrevivientes y en riesgo, como relató una profesional de un colectivo de la sociedad civil:

Entonces ahí empezamos a contactar alianzas psicológicas, algunas alianzas son de parte mía, de personas que yo conozco, otras fuera de Bogotá, como en Armenia. [...] Digamos que en todo lo de pandemia, en todo el tema del paro nacional había un tema muy fuerte que era el tema de la violencia contra la mujer. Entonces tuvimos que empezar a buscar, eh, colectivos, redes de profesionales que atenderan a mujeres a nivel jurídico, porque ya había temas que no eran solamente psicológicos, psicosociales, sino que ya traspasaban a un tema de entidades judiciales y demás por, digamos, lo tenaz que era el caso (10).

Adicionalmente, las trabajadoras y trabajadores en el espacio público, y algunas mujeres que estuvieron desempleadas durante la pandemia, fueron otros grupos que mencionaron percepciones asociadas a las violencias basadas en género. Aunque sus testimonios no hacían referencia a experiencias propias, manifestaron conocer casos de familiares, amigas o vecinas afectadas. A continuación, se presenta el relato de una trabajadora en el espacio público al respecto:

En la pandemia yo creo que muchas de nosotras vivieron o vivimos lo que fue el maltrato intrafamiliar ¿no? [asienten varias personas] a muchas... a muchas el maltrato intrafamiliar en los hogares se les agudizó; [...] yo tuve que escuchar a vecinas cómo el esposo les pegaba, cómo maltrataban a sus hijos. Pero por ser mujeres que no tenían un recurso, que no tenían un trabajo, que no tenían un apoyo familiar, les tocó aguantarse la pata y el puño que les dieron; niños mirando, escuchando a sus padres teniendo relaciones sexuales, escuchando golpes, escuchando la pelea del vecino (11).

Las violencias contra mujeres, niñas, niños y adolescentes en el núcleo familiar tuvieron diversos matices, puesto que se identificaron casos en que convergían violencias de tipo psicológico, físico y sexual; ejercidas por familiares cercanos o por las parejas de las mujeres afectadas, y que se exacerbaban en situaciones de vulnerabilidad o dependencia económica frente a los agresores.

Algunos de los factores implicados en los casos de violencia fueron: la pérdida del empleo, la desigualdad en las dinámicas laborales, el incremento de las cargas de cuidado no remunerado, las peleas y discusiones derivadas de la convivencia permanente en los confinamientos, y el incremento del consumo de alcohol. Uno de estos casos lo relató una mujer que se encontraba desempleada durante la pandemia y que sufrió violencia por parte de su exesposo:

“Él sí, como que el encierro..., entonces lo que trabajaba o lo que hacía se lo tomaba y se ponía a tomar, [...] cuando estaba ya muy borracho entonces eran las peleas, se peleaba a veces en la calle, o a veces llegaba a pelear con uno” (12).

## Relato

# Asunto solo de mujeres

*En la Línea Púrpura de la Secretaría Distrital de la Mujer tuvimos mucho trabajo durante la pandemia. Somos mujeres que escuchan mujeres, principalmente, pero esto es un telescopio poblacional que te permite ver el conjunto social de todo un país. Me impresionaron bastante los toques de queda, la militarización de la ciudad y el escenario físico de la inmovilidad. ¿Cómo se trabaja y subsiste cuando no hay un lugar para trabajar? Pero no era algo nuevo sino apenas una continuación. No debemos leer la pandemia de forma desarticulada con el paro nacional que vivimos en 2019, porque ya existían reclamos de insatisfacción, de igualdad y estancamiento. Gente pasando hambre y empobrecimiento.*

*Las mujeres de forma particular no fueron ajenas a estos padecimientos. En pandemia se agudizaron problemas de larga data pero que ahora tienen mayor visibilidad en la cultura cambiante: la violencia. Esa violencia que no es solo física, sexual y económica, sino psicológica. Esa violencia que no es solo subjetiva, personal e íntima, sino estructural y objetiva. Esa violencia que es doméstica, pero también pública, escalonada y multifacética, y que está arraiga en prácticas tan cotidianas, pero también contingentes e históricas.*

*En el primer año de pandemia se redujeron las denuncias por violencia intrafamiliar en los hogares. ¿Quién iba a denunciar si no se podía salir? Muchas mujeres estuvieron confinadas con sus agresores. Padecieron abuso sexual, agresión, discriminación y maltrato. En el segundo año los reportes se desbordaron. Muchas mujeres demuestran la evidente necesidad de una atención psicoterapéutica en salud mental, algo justo y necesario y que no se logra en un acompañamiento psicosocial como el que hacemos. Hay marcas de estas circunstancias que no son visibles.*

*El estado de postración y abulia, los residuos y secuelas manifestadas en trastornos y alteraciones anímicas. Mujeres que simplemente no se sienten bien con su realidad. ¿Qué realidad? ¿Cuál de tantas? Hubo una realidad en la que muchas mujeres no solo tenían a cuestas los factores estresantes del momento, como el miedo a un contagio, la posibilidad de enfermarse y morir, el encierro permanente, el desempleo y la angustia por la incertidumbre. No. También venían factores añadidos y de sobrecarga emocional como el cuidado de la salud de los demás miembros de su familia, la gestión de los hijos e hijas, el oficio de las labores domésticas, el teletrabajo, el ingreso económico, la preocupación por el alimento diario, la preparación de la comida, remedios y paliativos, y un excesivo pensamiento de no perder el control del hogar.*

*Otra realidad: mujeres cabeza de hogar sin empleo que tuvieron que recurrir a vender cualquier cosa en el espacio público para rebuscarse un ingreso mínimo y diario. Una cuestión de supervivencia. A pesar de las normas decretada por el Gobierno, tenían que salir a las calles y arriesgarse al contagio, a ser sometidas a la presión institucional y recibir agresión de la policía o la sociedad.*

*Una circunstancia nada amable y poco humanizante con la realidad de riesgo total que vivieron muchas mujeres cuyo principal factor de vulnerabilidad es el hecho de ser mujeres. Trabajadoras sexuales, vendedoras del espacio popular, recicladoras, barrenderas, amas de casa, habitantes de calle ¿Cómo puede sobrevivir una mujer sin ingresos económico en medio de una pandemia? ¿Cómo mantenerse sin un apoyo perdurable y continuo? Quizá la pregunta no sea esta. ¿Cómo sobrevivir con un trabajo mínimo cuando hay tantas necesidades insatisfechas, que se dinamizan en el factor dinero? Una vez una de ellas me dijo “Se espera que nosotras las mujeres criemos a nuestros hijos como si no tuviéramos trabajo, y que trabajemos como si no tuviéramos que criar a nuestros hijos”. Asunto solo de mujeres. ¿Lo es? ¿Qué hay de las personas trans que no se ajustaban normativamente en ninguna opción del pico y género? ¿Qué hay de la adolescente que descubrió su bisexualidad estando encerrada, cuidando a sus hermanitos? ¿Qué hay de la adulta mayor que no pudo asistir a sus controles médicos por el COVID? ¿Qué hay de los embarazos que se gestaron y alumbraron en medio de una pandemia? ¿De las niñas y niños que nacieron bajo el signo caótico de una coyuntura biológica como el COVID?*

**Profesional de las líneas de escucha y orientación del Distrito**

---

Todos los testimonios presentados anteriormente evidencian cómo, en varios casos, la convivencia permanente con el núcleo familiar convirtió el hogar en un espacio potencialmente inseguro y peligroso, donde afloraba el miedo para mujeres, niñas, niños y adolescentes; cuyos agresores fueron sus parejas, exparejas, familiares o personas conocidas (13).

Un segundo aspecto de análisis sobre las vivencias diferenciales de las mujeres en la pandemia está relacionado con el **cuidado**, especialmente el cuidado no remunerado, que resulta esencial para el sostenimiento de la productividad y vida cotidiana del conjunto de la sociedad. Por cuidado se puede entender “(...) hacer algo, producir un determinado trabajo que participe directamente del mantenimiento o de la preservación de la vida del otro, es ayudarlo o asistirlo en las necesidades primordiales como comer, asearse, descansar, dormir, sentir seguridad y dedicarse a sus propios intereses” (14).

Sin embargo, para comprender las implicaciones de esta definición, es necesario considerar los aportes de diversos movimientos sociales, mujeres activistas y de la academia; en torno a que los trabajos de cuidado, que suelen estar asociados principalmente a espacios privados y domésticos, han sido históricamente desvalorizados en términos sociales, económicos y culturales (15). Además, se debe tener en cuenta que dicha desvalorización se ha traducido en una asignación desigual de responsabilidades domésticas y de cuidado sin remuneración, basada en estereotipos de género y que ha recaído principalmente en las mujeres.

Como se ha mencionado en capítulos anteriores, las narraciones recopiladas para

este estudio evidenciaron que el confinamiento convirtió el hogar en el epicentro de todas las actividades diarias de las y los participantes. Esta convergencia de actividades en un mismo espacio (cuidado, trabajo, educación, entretenimiento, entre otras), implicó cambios de hábitos y la sobrecarga de responsabilidades para las mujeres en las familias, especialmente cuando era necesario el cuidado de niñas, niños y adultas/os mayores. Además, a las tareas cotidianas se sumó un incremento de las labores de limpieza y alimentación de todos los miembros de la familia, debido a su permanencia diaria dentro de los hogares. A continuación, se presentan los relatos de una estudiante de un colegio público y de una mujer cuidadora, en relación con su percepción de las cargas de cuidado en sus hogares:

*Al principio de la cuarentena mis papás trabajaban y yo me quedaba sola con mi hermana, entonces yo tenía que hacer almuerzo, hacer desayuno, hacer comidas, [estar] pendiente de las clases de ella, ayudarla con las tareas; o sea, era un montón de cosas y eso era todos los días y todos los días, y todos los días. Entonces yo cuando me acostaba a dormir me daba mucha ansiedad, era como pensar en el día siguiente, cómo voy a volver a hacer todo otra vez, cuándo se va a acabar esto, cuándo se va a acabar esto. Entonces todas las noches era muy difícil dormir, de la ansiedad que me daba pensar en el día siguiente (16).*

*Sí, [las responsabilidades] aumentaron, porque, pues ya a ellas [sus hijas] les daba como flojera ayudarla a uno, entonces todo le tocaba a uno. Entonces uno tenía que cocinar, uno tenía que lavar, uno tenía que lavar la loza, limpiar la casa, y ellas ya como que “está mi mamá, yo ya no hago nada” (12).*

---

En concordancia con estos testimonios, varias docentes, adolescentes escolarizadas y estudiantes universitarias afirmaron que la sobrecarga de responsabilidades diarias para las mujeres fue evidente y que la dificultad de distribuir equitativamente el trabajo de cuidado dentro del hogar generó casos de agotamiento, estrés y ansiedad. A esto se sumó el cansancio derivado de tener que estudiar, trabajar, descansar, entretenerse y cuidar de los demás en un solo espacio.

De igual forma, las mujeres que trabajan en enfermería, medicina, servicios generales y apoyo psicosocial reportaron que después de sus jornadas laborales debían regresar al hogar y brindar cuidado emocional y material a su núcleo familiar, a la vez que experimentaban emociones como miedo, ansiedad e incertidumbre, lo cual reducía sus posibilidades de pensar en su propio bienestar y salud mental. Además, la carga era aún mayor si las mujeres desempeñaban actividades económicas informales, si eran madres cabeza de hogar, madres solteras, cuidadoras de adultas/os mayores, menores de edad o personas con discapacidad. En todos estos casos convergían factores de riesgo para la salud mental, como el desgaste profesional, la vulnerabilidad económica, la proximidad a personas contagiadas por el virus y el aumento de las demandas de apoyo emocional y psicosocial.

En contraste con las experiencias descritas, algunas familias experimentaron ligeros cambios en la distribución de los trabajos de cuidado, debido a los cambios súbitos de situaciones laborales (como el teletrabajo o el desempleo), que llevaron a algunos hombres a asumir responsabilidades en sus hogares y en la crianza de sus hijas e hijos, como describió un funcionario público del Distrito:

Ahí aprendí muchas cosas: a barrer, a trapear, a hacer de comer, a lavar la loza; porque hombre le vamos a ayudar a la esposa, todo el año, todos los días en la calle, entonces nosotros estamos acá, vamos a ayudar, ¿sí? (11).

De manera similar, una docente de un jardín infantil compartió su percepción sobre el involucramiento de los padres de familia en las tareas de cuidado:

Creo que los papás se dieron cuenta que las mamás trabajan duro en la casa y en el trabajo; porque [a] los papás les tocó también cambiar pañales y cocinar, mientras que la mamá trabajaba. Porque también se turnaban: “qué pena, tu trabajas, yo también trabajo, tú decides responder por el hogar y yo me dedico al hogar, o me ayudas con el hogar”, entonces ahí los papás se dieron cuenta que también tuvieron que colocarse su delantal y limpiarles los mocos a sus hijos, prácticamente. Pero sí valoraron (11).

No obstante, la participación de algunos hombres en las tareas del hogar no siempre se tradujo en una reflexión sobre la importancia y resignificación social de las labores de cuidado, dado que, en muchos casos, estas se siguieron percibiendo como responsabilidad natural de las mujeres (17). De hecho, algunos hombres que asumieron estas labores sintieron estrés, acompañado de sentimientos de vergüenza, por no ajustarse al rol tradicional de proveedor o por percibir que no estaban realizando una labor productiva. Además, reforzaron estereotipos de género con comentarios como “estoy ayudando a mi pareja” o “me convertí en la mujer de la casa”. Un ejemplo de ello es el siguiente relato por parte de un familiar de un médico de la ciudad:



Mi hermano es médico, y es como más administrativo y [trabaja] todo en la casa... y [por] su bebé, literal se volvió la mujer de la casa. O sea, y la mamá trabajando por fuera, porque ella sí es operativa, ella sí es que ve pacientes y demás; pienso: [él] se volvió la mamá de la casa. Cocine para el niño, cambie el niño, bañe al niño y trabaje; duerma al niño, levante al niño, aliméntelo y trabaje” (18).

En la misma línea, a pesar del papel crucial que tuvieron las medidas sanitarias y de bioseguridad durante la pandemia para contener la propagación del contagio, los trabajos de servicios generales no recibieron el reconocimiento social que merecían. Este reconocimiento sí se otorgó a profesiones como la medicina o la enfermería, pero no a las personas que realizaban tareas de limpieza y desinfección, a pesar de que también experimentaron cargas laborales intensas para mantener condiciones adecuadas en clínicas, hospitales y otros lugares; las cuales fueron vitales para toda la sociedad. Con relación a este asunto, una auxiliar de servicios generales que trabajó en un hospital durante la pandemia narró lo siguiente:

Y mira que [esta labor] fue menos agradecida porque, por ejemplo, salía por televisión el presidente hablando... y todos hablando.... se les agradecía a los doctores, enfermería, a los celadores, la policía, a todo mundo, pero menos a servicios generales. Y nosotros, servicios generales ocupaba un lugar ¡grande! Porque si no estuviera servicios generales, esto se hubiera vuelto un caos tenaz. Eh..., desde infección siempre allí, a nosotros no nos agradecían. No nos agradecían o yo nunca escuché por televisión que agradecieran servicios generales, de pronto ahí sí me tiene triste (19).

Un tercer elemento que surgió de la información recolectada en relación con las vivencias de las mujeres fue la experiencia del **embarazo durante la pandemia**. Se identificó que vivir un embarazo en medio del aislamiento social conllevó ciertos riesgos, que se incrementaban de acuerdo con las posibilidades de acceso a servicios y las condiciones socioeconómicas de las mujeres, pero también se identificaron situaciones que se calificaron como positivas. Sin embargo, siempre estuvo presente el temor al contagio por el riesgo que representaba para el embarazo.

Por un lado, algunas mujeres que tenían un empleo estable y podían trabajar en modalidad virtual – como ciertas docentes– dispusieron de tiempo para el descanso y el autocuidado. En contraste, las mujeres que no realizaban teletrabajo debían desplazarse fuera del hogar y enfrentar un mayor riesgo de contagio, especialmente cuando debían tomar el transporte público. Adicionalmente, algunas mujeres sintieron que el aislamiento social fue un obstáculo para contar con sus familiares y su red de apoyo en momentos cruciales, como el parto o las consultas médicas.

El cuarto elemento que se destacó en la información recolectada a través de los grupos focales y las entrevistas fue la vivencia de la **maternidad**. Diversos relatos mostraron que las madres cabeza de familia experimentaron afectaciones significativas en su salud mental durante la pandemia, por ejemplo, como se narró en el capítulo de “Vivencias y experiencias”, las mujeres que tenían dificultades para brindar alimentos a sus hijas e hijos experimentaron angustia, preocupación y tristeza. Por otra parte, además de las dificultades económicas familiares, muchas mujeres vieron afectada su salud mental por las expectativas propias y ajenas asociadas a su rol de madres.

---

Si bien algunas mujeres que realizaban teletrabajo mencionaron que esta situación les permitió compartir más tiempo con su familia y ser partícipes de las clases de sus hijas e hijos, otras se vieron obligadas a conciliar con la sobrecarga laboral, distribuyendo las responsabilidades del hogar con sus parejas y teniendo un rol menos activo en la crianza durante el confinamiento. Estas dinámicas les generaron sentimientos de culpa y frustración, por no poder estar más presentes con sus familias, no priorizar su papel como madres o incluso por la necesidad de salir de casa para trabajar. Esta situación se puede corroborar en el testimonio de una profesional psicosocial, que debía tomar una decisión sobre retomar el trabajo presencial o no:

*¿Me voy a trabajar o me quedo en mi casa?, porque me puedo morir, entonces, ahí es donde entra el proceso de hablar con el esposo y decir: “bueno, me están llamando a trabajar” y el esposo me lanza la pregunta y me dice: “¿qué quieres hacer, te quieres ir a trabajar o te quieres quedar acá en la casa?”, entonces, pues obviamente en ese momento yo me sentí frustrada, tengo que aceptarlo, porque yo decía: “quiero trabajar, me encanta hacer lo que hago”, pero también sentía temor por mis hijos, sí, yo me acuerdo que la decisión la tomamos entre los dos y decidimos no contarle a nadie (20).*

La culpabilización de las madres, como se describe en la literatura, está relacionada con “la autoexigencia interna y afectiva del propio dispositivo materno, reforzando una expectativa social sobre la madre y de ella sobre sí misma que se traduce muchas veces en culpa” (21). Particularmente en el marco de este estudio, dicho fenómeno se identificó en tres modalidades. En primer lugar, las madres experimentaron la sensación de no estar haciendo lo correcto y de estar descuidando a sus seres queridos mientras se ocupaban de sus responsabilidades

profesionales y laborales, incluso, algunas de ellas enfrentaron reproches por parte de sus familiares.

En segundo lugar, algunas mujeres que trabajaban en el sector de la salud y la educación se sintieron presionadas a renunciar a sus trabajos por el temor a no estar lo suficientemente presentes en la vida de sus hijas/os, como se demuestra en los siguientes relatos de profesionales del sector de la salud:

*[Me contaban] “estoy sola porque me la he pasado trabajando toda la vida y mis hijos no me voltean ni a mirar”, y yo decía: “yo no quiero que me pase eso” [en llanto]. Porque nuevamente lo de las mamás y todo eso... y yo decía: “no quiero esto”, y lo que hice después fue renunciar al trabajo de la tarde, o sea, no solo porque de pronto se hubiera puesto más difícil la carga laboral, sino yo decía: “pues realmente ¿qué quiero para mi vida?”, y lo que quería para mi vida no era solo trabajar (22).*

*Les dio más duro, mucho más duro, porque mi hijo yo creo que él lo sintió y me lo manifestó, como que yo lo abandonaba, o sea, una vez me dijo: “¿qué es más importante para ti, mamá?, ¿tu hijo o tu trabajo?”, eso es fuerte escucharlo. Entonces yo me senté a hablar con él y le dije: “mi amor, tú sabes que hay personas que están enfermas de muchas cosas, si ahorita alguno de ustedes se enfermara ¿quién los atendería?, pues un médico”(23).*

Por último, se identificaron casos en que la culpabilización, la sobrecarga de responsabilidades y otras circunstancias adversas de la pandemia llevaron a algunas madres a reevaluar sus necesidades más allá de la maternidad y a darle más importancia a su desarrollo personal. Como se ha planteado, en medio de la angustia, el estrés, la incertidumbre laboral y el incremento de la carga laboral, se



reducían los espacios para que las mujeres pensarán en su propio bienestar, pero algunas de ellas tomaron decisiones para enfrentar dichas situaciones mientras se priorizaban a sí mismas. Esto se puede apreciar en el relato de una mujer cuidadora de la localidad de Ciudad Bolívar:

*¡Pienso más en los demás, que en mí misma! Entonces siempre estoy pensando más en... primero soy mamá, primero soy pareja, primero... Pero como mujer, me he dejado un poco de lado, en ese momento también darme valor a mí misma. Darme ... decir, ¿qué quiero si hoy fuera mi último día? (24).*

Estos hallazgos sobre las vivencias diferenciadas de las mujeres subrayan la necesidad de abordar de manera prioritaria las disparidades de género que les afectan, dado que estas son determinantes en su salud mental. Para lograrlo, es vital promover el acceso equitativo a servicios de apoyo psicosocial, jurídico y económico, que adopten enfoques intersectoriales y consideren la complejidad de las experiencias de las mujeres en la pandemia. Además, resulta esencial desarrollar e implementar políticas y programas que fortalezcan la autonomía y resiliencia psicológica de las mujeres en contextos de crisis, como la pandemia de COVID-19, enfatizando en que la prevención, mitigación y atención a las diversas violencias basadas en género, así como las desigualdades y vulnerabilidades que afectan a las mujeres, conciernen a toda la sociedad.

Para concluir esta sección, es importante destacar la labor **de las líneas de atención del Distrito**, específicamente de la Línea Púrpura, para hacerle frente a las situaciones de violencia basada en género. A pesar de que algunas/os participantes percibieron que las estrategias implementadas por las líneas de atención resultaron insuficientes, resaltaron la importancia de fortalecer la difusión de

estas líneas y aumentar la confianza de la comunidad en ellas.

Adicionalmente, vale la pena recordar que las condiciones impuestas por la pandemia plantearon grandes desafíos para la atención psicológica, psicosocial y de emergencias, en particular cuando las personas denunciantes compartían espacio con las personas agresoras. Algunas de las estrategias del Distrito para abordar estos nuevos desafíos y demandas fueron: la ampliación del equipo de profesionales encargados de la atención telefónica, la articulación la Línea de atención 106, la implementación de llamadas de seguimiento y el desarrollo de protocolos y programas de acompañamiento psicosocial dirigidos a superar situaciones de violencia, como menciona una profesional que trabaja en esta línea:

*Creamos protocolos en los dos mecanismos, o sea, en lo que conozco la línea, protocolos de emergencias, es decir: si estás con tu agresor, di esta palabra; si no puedes hablar, infórmanos. Teníamos como un equipo especial de alertas tempranas que podía también desplazarse en caso de una necesidad específica (9).*

Entre las recomendaciones para seguir fortaleciendo estos canales de atención se encuentra incrementar las estrategias complementarias en salud mental, con un enfoque diferencial dirigido a las mujeres; esto implica fortalecer y capacitar al personal de lugares como colegios, jardines, centros comunitarios, empresas privadas e instituciones públicas, entre otros. También se recomienda fortalecer iniciativas comunitarias e institucionales, como las «Manzanas del cuidado» en el marco de Sistema Distrital de Cuidado en Bogotá, con el propósito de promover la prevención y superación de la violencia, fomentar la revalorización del cuidado y mejorar el bienestar de la población.

Relato

# ¿Cómo aprendemos lo que nadie enseña?

*Supongo que así funciona la vida, dando cambios súbitos de un momento a otro. Hace parte de las cosas; tener que adaptarse, no rendirse, volver a ensayar. Ensayo y error. ¿Cómo aprendemos lo que nadie nos enseña? Controlarnos, convivir con el otro, no dejarnos estresar. El valor de la calma, el desacople, el verdadero significado de la libertad. Mi marido era rector de un colegio distrital en Bogotá, y yo era maestra de inglés. Nuestro hijo tenía apenas 10 años. Como llegó la pandemia, mi suegro se vino a vivir con nosotros, pero a veces era complicado complacerlo.*

*De un momento a otro tuvimos que encerrarnos en nuestro apartamento y adaptar los espacios para poder trabajar y estudiar de forma virtual. Mi marido tomó un cuarto de chécheres; a mí me tocó la sala. Cada día, desde muy temprano dando clases frente a una pantalla, mientras no paraba de escuchar por las noticias que todo el mundo se estaba muriendo afuera. Eso me generaba mucho miedo, y el miedo, ansiedad. Y la ansiedad la obsesión por estar lavándome las manos a cada minuto, y ponerme brava con mi familia, sobretodo mi suegro, cuando no lo hacían. Me quedaron unas*  
*Supongo que así funciona la vida, dando cambios súbitos de un momento a otro. Hace parte de las cosas; tener que adaptarse, no rendirse, volver a ensayar. Ensayo y error. ¿Cómo aprendemos lo que nadie nos enseña? Controlarnos, convivir con el otro, no dejarnos estresar. El valor de la calma, el desacople, el verdadero significado de la libertad. Mi marido era rector de un colegio distrital en Bogotá, y yo era maestra de inglés. Nuestro hijo tenía apenas 10 años. Como llegó la pandemia, mi suegro se vino a vivir con nosotros, pero a veces era complicado complacerlo.*

*De un momento a otro tuvimos que encerrarnos en nuestro apartamento y adaptar los espacios para poder trabajar y estudiar de forma virtual. Mi marido tomó un cuarto de chécheres; a mí me tocó la sala. Cada día, desde muy temprano dando clases frente a una pantalla, mientras no paraba de escuchar por las noticias que todo el mundo se estaba muriendo afuera. Eso me generaba mucho miedo, y el miedo, ansiedad. Y la ansiedad la obsesión por estar lavándome las manos a cada minuto, y ponerme brava con mi familia, sobretodo mi suegro, cuando no lo hacían. Me quedaron unas manchas horribles en las manos de tanto usar jabón y antibacterial.*

*Lo virtual nunca ha sido mi fuerte, y durante esos días, lo odié. Yo soy una maestra afectuosa, me gusta estar en contacto con los estudiantes, y el hecho de que no pudiera verlos frente a frente, saber que me ponían atención y darles un abrazo, me entristecía. Aparte mi suegro, tal vez por la soledad que sentía, se la pasaba yendo y viniendo por cada cuarto, buscándonos la conversación o simplemente sentándose al lado para sentir nuestra presencia. Me interrumpía*

*a cada instante y eso me incomodaba. Digamos que todo me sobrecargaba en esos días: mi familia, mis estudiantes, los padres de familia que vivían escribiéndote al celular, las directivas escolares llenándonos de trabajo, las largas reuniones virtuales hasta altas horas de la noche, los noticieros, las redes sociales, los miedos del covid, las enfermedades, los pronóstico, la falsa sensación de tranquilidad.*

*No podíamos salir, no podía visitar a mis padres, no podía darle vueltas a un parque o ir al cine, un museo, y yo necesitaba eso. El poder habitar afuera, de tener libertad para moverme donde quiera, y no solo estar sentada más de ocho horas al día para que te duela la espalda y la cabeza, intentando cumplir con un curriculum escolar improvisado mientras todo se desmorona alrededor. No éramos tan fuertes.*

*Mi marido comenzó a sufrir de estrés agudo por la responsabilidad que tenía, organizar cuatro horarios diferentes por semana, pensar en la alternancia de las clases y priorizar a los alumnos que no tenían internet o un recurso tecnológico. El pobre sufría de insomnio y cada vez que le llegaba una notificación al celular, se predisponía con nosotros. Permanecía irritado. A mí en cambio me entró un tic nervioso por estar desesperada a toda hora, sintiendo la presión laboral de planear clases, hacer desayuno, estar pendiente de la casa, con la comida, el oficio, desinfectar cada habitación y los berrinches de mi hijo porque no quería hacer tareas ni estarse quieto. Comencé a tener ganas de llorar a cada momento, y la frustración me inundaba las venas.*

*Hubo un momento en que ya casi ni comía, me despertaba cada mañana con la ilusión de que todo eso de la pandemia era una pesadilla. Pero era bastante real. Me dio Covid. A mi suegro también. Tratamos de conservar la calma. No había dónde mantenerme aislada de modo que decidimos afrontar la situación por completo, y esperar que nos diera a todos. Mi hijo comenzó a sufrir de angustia porque pensaba que me iba a morir. Eso mismo le había pasado a la mamita de un compañerito de su escuela.*

*Yo le decía: estoy a tu lado hijo, estoy bien, no tengo nada malo. Me tocaba mentirle.*

**Docente de niños, niñas y adolescentes de un colegio público del Distrito**

### ▶ 5.3. Niños, niñas y adolescentes: población de especial protección y riesgo en pandemia



La información aportada por las y los participantes del estudio permitió identificar que las niñas, niños y adolescentes fueron otro de los grupos que vivió mayores dificultades en el marco de la pandemia. Para este análisis se debe tener en cuenta que, de acuerdo con el artículo 3 del Código de Infancia y Adolescencia – Ley 1098 de 2006–, son niños y niñas las personas entre los 0 y los 12 años, y son adolescentes las personas entre 12 y 17 años. Estos grupos poblacionales son considerados menores de edad y sujetos titulares de derechos (25).

La pandemia de COVID-19 afectó a la población de niños, niñas y adolescentes en todo el mundo, y en América Latina y el Caribe, exacerbó las desigualdades de acceso a derechos y servicios que ya existían. Según el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se estima que 114 millones de niños y adolescentes perdieron acceso a servicios educativos debido a la pandemia. Así mismo, estas afectaciones abarcan áreas como la salud física, la salud mental y el bienestar social. Entre los cambios más relevantes que se encontraron en la revisión de literatura (26,27) están:

- ▶ Los impactos en la educación debido al cierre de escuelas y la transición al aprendizaje en línea, aunado a la brecha digital, han exacerbado la desigualdad educativa (28)
- ▶ El aumento de prevalencias de ansiedad y depresión debido, entre otros, a la falta de interacción social y la incertidumbre (29)

- ▶ La malnutrición debido a la interrupción de programas de alimentación escolar y la pérdida de ingresos familiares (30)
- ▶ Las barreras de acceso a la atención médica (31)
- ▶ El empobrecimiento de las familias que afecta directamente a la calidad de vida de los niños, niñas y adolescentes (32)
- ▶ El aislamiento social (29) y la violencia doméstica puso en riesgo la seguridad y el bienestar de los niños, niñas y adolescentes (33)

En Bogotá, este grupo poblacional no estuvo exento de los impactos que se presentaron a nivel global. Niñas, niños y adolescentes vivieron una profunda transformación en su cotidianidad debido al confinamiento, y los procesos de aprendizaje, socialización y desarrollo del lenguaje que tradicionalmente se desarrollaban en la escuela, con el acompañamiento de docentes y compañeros/as, se desarrollaron en la casa con el acompañamiento exclusivo de sus familiares. Si bien hubo esfuerzos para que los niños, niñas y adolescentes interactuaran en las áreas comunes de sus conjuntos residenciales o edificios y a nivel familiar, nada logró reemplazar las dinámicas de socialización que se reproducen en la escuela.

Las y los docentes observaron varias transformaciones en los comportamientos de sus estudiantes, y desde su punto de vista, el traslado de las actividades hacia el entorno virtual obstaculizó o ralentizó los procesos de aprendizaje y socialización, ya que los hogares no contaban con las condiciones requeridas para atender por completo las demandas de desarrollo de las niñas y los niños. Regularmente, muchas madres y padres de familia debían concentrar

---

su atención en lo laboral y no tenían disposición o capacidad para actuar como formadoras/es (34), además, tenían ciertas expectativas sobre el comportamiento de las niñas y los niños, que estaban alejadas de la realidad y desconocían las necesidades de sus hijas/os de acuerdo a la edad, tal como menciona una docente de un jardín infantil:

Bueno, los cambios de los niños fueron drásticos porque acá en el jardín ellos tienen derecho a jugar, a correr, a saltar, a hablar; y ya después fue diferente porque el adulto es el adulto y trata a los niños como un mini adulto. Entonces, los callaban y comenzaron a ser más temerosos, dudaban en contestar; se vivió separaciones de los padres, entonces ahí también fue más tristeza para los niños, y la pérdida de sus abuelos [también] porque hubo familias que perdieron [seres queridos] (35).

En ese contexto, la población infantil y adolescente vivió un periodo de **alta exposición a pantallas o dispositivos tecnológicos** (como celulares, computadores y tabletas), lo cual implicó procesos de sobreestimulación, desconexión de la realidad y socialización restringida al entorno virtual; con varias consecuencias para su comportamiento.

Estudios sobre el impacto de la alta exposición de niños, niñas y adolescentes a dispositivos tecnológicos indican que esta se asocia con: un menor desarrollo cognitivo y del lenguaje; sobrepeso; déficit de concentración; agresividad; predominio de actitudes pasivas; reducción del juego y espacios para conversaciones; sedentarismo; dolores posturales; alteraciones de ánimo y de la esfera social, entre otras consecuencias. Sin embargo, aún se desconoce el impacto que puede tener dicha exposición a largo plazo (36,37,38).

En el marco del presente estudio, los hallazgos permiten asociar la exposición frecuente y prolongada de niños, niñas y adolescentes a dispositivos tecnológicos con trastornos del sueño, así como con agresividad y dificultades en la socialización al retomar las actividades escolares presenciales. De acuerdo con docentes y profesionales en salud mental, que participaron en grupos focales y entrevistas, en el regreso a las instituciones educativas se evidenció una tendencia a la violencia física y verbal en el relacionamiento entre las y los estudiantes. Incluso, se planteó como hipótesis que las niñas y los niños trasladaban la agresividad y violencia que veían en los videojuegos al relacionamiento presencial en la escuela (39,40). Al respecto, una orientadora escolar de un colegio privado mencionó:

Estos límites que están un poco difusos en los niños, sobre todo lo que tiene que ver con lo virtual y con lo presencial, con la vida real. En pandemia muchos de los vínculos que ellos establecían en las clases, en los chats que se generaban utilizaban un lenguaje violento, un lenguaje agresivo, como violento realmente. Y cuando regresaron seguían utilizando esto, entonces eso a nivel ya de lo real, de estar, es difícil porque ese lenguaje ya, cuando está en la realidad, suele ser mucho más violento, mucho más agresivo y el impacto es distinto (41).

En el grupo de referencia de estudiantes escolarizadas/os, se hicieron afirmaciones en el mismo sentido:

En un juego nada más hay gente que trata mal, dice groserías, se pone bravo por todo y no es lo mismo que antes en la calle. Porque en la calle era uno corre aquí, corre allá, ríe, llora y es una experiencia muy bacana, ¿cierto? Pero en los videojuegos uno nada



---

más tengo que esto, tengo que matar, tengo que correr una cosa y luego si no le sale bien empieza a tratar mal a todo el mundo ,y de una cosa a la otra, y pues es que es un cambio muy radical en el tiempo ya de jugar afuera de jugar ahoritica en los videojuegos (42).

Este aumento de agresividad en adolescentes también se relacionó con la pérdida de empatía, fruto de relacionarse con sus pares exclusivamente a través de pantallas, como lo compartió una docente de un colegio privado:

Como en la pantalla no se veía, entonces yo tengo derecho a decir lo que se me dé la gana, pero ya cuando tú estás insultando a alguien y ves que llora, pues uno automáticamente el corazoncito le dice como... Estos niños grandes, no sé qué pasó, pero como que ese sentimiento cuando veo que alguien está sufriendo lo perdieron. [...] No hay una empatía, pero más que todo por el dolor del prójimo cuando yo lo estoy hiriendo (43).

Estas afirmaciones coinciden con algunos estudios que relacionan la agresividad con el uso de dispositivos digitales. Este es el caso de una investigación que realizó un grupo de profesionales chilenos, a partir de una revisión de la literatura sobre la materia, y que afirma:

Las demostraciones de agresividad se han visto en aumento en los niños con sobreexposición a estos dispositivos, sobre todo en etapa preescolar, a esto se suma el mayor desconocimiento de los padres. Los psicólogos determinan que el abuso de estas tecnologías podría ser el causal principal, generando aislamiento social, incremento de la agresividad y el fracaso escolar, desórdenes en el horario, trastornos del sueño, conflicto familiar, entre otros (36).

El grupo de referencia de docentes también discutió sobre las **dificultades en la relación con la autoridad** que han demostrado las y los estudiantes al regresar al colegio, y que antes de la pandemia no eran tan marcadas. Estas dificultades estarían relacionadas con la pérdida de autonomía; la permanente expectativa de ser regañados o castigados; la necesidad de tener permiso para jugar; una mayor sensibilidad en la interacción; la pérdida de disciplina, y en algunos casos, el no reconocimiento de las figuras de autoridad (34,35,6). Este factor también ha estado acompañado de una mayor sobreprotección por parte de algunos padres, madres y cuidadores/as, particularmente de los estudiantes de colegios privados (43).

Sin embargo, algunas/os participantes del estudio también referenciaron aspectos positivos del uso de dispositivos tecnológicos. En el caso de las y los adolescentes, indicaron que las redes sociales y los videojuegos les permitieron formas alternativas de interacción social para compensar la falta de encuentros presenciales con sus pares. De manera similar, algunas/os profesionales de salud mental sostuvieron que el uso de dispositivos tecnológicos facilitó el contacto con otras/os a través de videollamadas, la conexión con personas y entornos geográficamente alejados, así como el desarrollo de nuevas habilidades y la facilitación de procesos de aprendizaje (44).

Un tercer hallazgo sobre el impacto de la pandemia en niñas, niños y adolescentes está relacionado con los **procesos de socialización**. Algunas madres y padres evidenciaron dificultades en la adaptación de sus hijas e hijos a la virtualidad porque, entre otras razones, extrañaban a sus amigos y a sus profesores, lo cual les generaba emociones como tristeza, rabia y aburrimiento. Frente a esta situación, algunas personas idearon estrategias para suplir la falta de socialización

---

y actividades fuera del hogar, como recordó una psicóloga clínica de una de las líneas de atención del Distrito:

Tener a mi hijo encerrado en cuatro paredes y empezar a buscar estrategias para que él no se me aburriera, fue una enseñanza [...] porque siempre él tenía su *play [station]*, sus juegos, pero hubo un tiempo que decía: “mamá, no quiero jugar *play*, estoy cansado”. Entonces vamos a ir a comprar un bingo, compramos todos los juegos de mesa para poder desarrollarlos con él; entonces miramos todas las series en Netflix, mi esposo trabajaba en casa gracias a Dios, entonces estuvo mucho tiempo más compartiendo con él. Esa ansiedad que de pronto manejaba el niño por no poder salir al parque, no poder ir a sus juegos, pues la supimos manejar de otra manera, como estando más con él, relacionándonos más, enseñándole a cocinar o aprendimos a cocinar en familia, que [es algo que] no hacíamos [antes] (45).

El aislamiento generó afectaciones en el aprendizaje sobre la gestión emocional, las cuales se hicieron evidentes en las dinámicas de socialización de este grupo poblacional tras regresar a las actividades presenciales. Niñas, niños y adolescentes presentaron comportamientos ligados a la rabia, la depresión, el aislamiento y la dificultad para hacer amistades; particularmente aquellas/os que durante la pandemia estaban en la edad en que usualmente se aprende a socializar (46).

En el caso de las y los adolescentes, una de las principales afectaciones fue la restricción de espacios de socialización presenciales, como lo explica un psicólogo de una institución universitaria:

Pero el adolescente, el estudiante, sufrió una pérdida inmensa. Sí, sufrió una pérdida inmensa porque estaba en una época en

donde necesitaba, o sea, psíquicamente necesitan encuentro con pares, con personas de su edad, y no lo tuvo. Entonces de alguna manera estaba presa con su familia. Sí, el adolescente preso con su familia, limitado a su familia y sin poder ir, y desarrollar esos procesos de socialización que son necesarios en la adolescencia (44).

Paradójicamente, aunque las y los adolescentes extrañaron los espacios de interacción presencial, muchas/os de ellos enfrentaron dificultades para retomar las actividades cotidianas y socializar después del periodo de confinamiento, por ejemplo, por las inseguridades que tenían sobre sí mismas/os (47). Esto se evidencia en el relato de una docente de un colegio público:

Los niños que estaban en esa etapa de desarrollo y [de] conocerse a sí mismos y demás, el volver a socializar, a que otros los vean y noten sus cambios corporales y demás, les ha costado mucho; incluso teníamos todavía las niñas que les cuesta mostrar su rostro, ¿no?, notábamos niñas que estaban almorzando y como que se tapaban, se levantaban un poquito el tapabocas y comían (48).

En este orden de ideas, algunas/os adolescentes no querían volver a socializar porque sentían que podían ser atacadas/os y se sentían incapaces de retomar las amistades que tenían antes de la pandemia, por lo cual optaron por permanecer aisladas/os (48). Frente a este fenómeno, muchas personas adultas mostraron asombro al ver cómo las y los adolescentes evitaban salir y preferían permanecer en casa, conectados a las redes sociales o a los videojuegos (49).

Un tercer hallazgo con relación a este grupo etario tuvo que ver con algunos aumentos en el consumo de sustancias psicoactivas, asociado con el deseo de exploración en



---

el marco de la carencia o fragilidad de estrategias de afrontamiento (43,44,48), según indicaron docentes participantes en el estudio. Adicionalmente, de acuerdo con profesionales de líneas de atención, se identificaron casos de consumos desde los diez años, incluso considerando presencia de consumos problemáticos (50). Sobre este tema, un profesional que brinda atención a estudiantes universitarias/os comentó:

El adolescente que quería, no sé, probar el alcohol, no sé si es bueno o malo, pero lo que se hace en la adolescencia..., y lo que ellos no pudieron hacer..., definitivamente hubo un entorpecimiento profundo en el proceso [de la] adolescencia, [sic] en donde la persona se encuentra [...] y hay una serie de consecuencias ¿no? Y es precisamente, por ejemplo, el exceso, sí. En la adolescencia es un proceso gradual que se ve interrumpido. Entonces ahora se pasó al otro extremo. Es como percibo entre los y las estudiantes, como ese afán por vivir vertiginosamente: “¡Lo tengo que hacer aquí y ahora!” De allí los excesos y un montón de otras dinámicas relacionadas (44).

Por otro lado, algunas madres y padres de familia refirieron que el descubrimiento de la identidad sexual de algunas/os adolescentes durante la pandemia fue problemático, y que carecían de herramientas para afrontar los cambios emocionales de sus hijos e hijas frente a estas situaciones, junto con los consumos de sustancias psicoactivas. Según algunas/os profesionales de líneas de atención y escucha, durante la pandemia hubo muchos casos de niños, niñas y adolescentes que solicitaron ayuda (8), mientras que las y los adolescentes todavía siguen haciendo consultas que evidencian las dificultades de socialización y la sensación de soledad que persisten; como

se aprecia en el siguiente testimonio de una psicóloga clínica de una de las líneas de escucha y orientación del Distrito:

El adolescente o el estudiante está creciendo solo ¿Por qué? Porque papá y mamá tienen que trabajar. Hay muchos que no viven con los papás, hay muchos que viven con los abuelitos, o viven solo con el papá, o viven solo con la mamá. Sí, entonces los adolescentes siempre expresan: “es que me siento muy solo, no encuentro sentido a la vida, no quiero estudiar, yo vengo aquí a hacer vida social, a pasarla rico” (45).

Sobre este aspecto, algunos adolescentes escolarizados manifestaron haber tenido restricciones para consultar tranquilamente las líneas de escucha y orientación del Distrito, debido a que los espacios en sus casas eran muy reducidos, y no tenían privacidad para hablar de temas de identidad sexual o de consumo de sustancias psicoactivas (51). Adicionalmente, llama la atención que estudiantes de colegios privados indicaron haber acudido regularmente a atención profesional en salud mental, mientras que estudiantes de colegio público no relataron esto tan frecuentemente durante las entrevistas y grupos; los relatos por sí mismos no permiten reconocer las causas de esta diferenciación.

Otro hallazgo en torno a la salud mental de la población infantil y adolescente, que también se abordó en el capítulo 2, “Afectaciones en la salud mental”, estuvo relacionado con el **aumento de los casos de ideación, amenaza y consumación de conducta suicida**. Según información aportada por docentes y profesionales de salud mental y de líneas de atención, una de las poblaciones más afectadas por estos aspectos fue la infantil (34,52), ya que las y los niños están expuestos a altas expectativas, que contrastan con la baja tolerancia a la frustración y

---

al déficit en los procesos de aprendizaje. Con respecto a este tema, una orientadora escolar de una institución privada mencionó:

“Sí, niños que no soportaron el encierro, no lo soportaron, y en algún momento tuvieron [...] crisis emocionales importantes, donde les manifestaron a los papás que ya no querían seguir viviendo. Fue difícil, fue muy duro... Fueron de 9 años y 8 años en ese momento. Esos fueron para mí los casos más difíciles” (41).

Finalmente, respecto a lo sucedido con niñas, niños y adolescentes en el marco de la pandemia, hay que mencionar que muchas/os vivieron el confinamiento en entornos hostiles, y existe información relacionada con casos de abuso, maltrato, violencia intrafamiliar (39),(53), y sensación de abandono por la falta de disposición para el cuidado por parte de padres y madres, debido a sus obligaciones laborales (23). También se evidenciaron casos en los que hubo una alta exposición al consumo de sustancias psicoactivas en entornos comunitarios y familiares, como se aprecia en la narración de una coordinadora de un centro de desarrollo infantil de la localidad de Santa Fe:

En serio era duro porque: “oye no, es que en el paga-diario vivo con otros señores, son cinco, son seis, y todos salen ahí al patio y fuman [basuco], y ese olor..., y cerramos la puerta pero igual”. Ellos [los niños] estaban expuestos a eso (34).

La confluencia de todos estos factores implicó una restricción al disfrute de la infancia durante el periodo de confinamiento (40), y frente a estas situaciones, las y los profesionales del sistema educativo coinciden en que la escuela era un entorno protector para niños, niñas y adolescentes con entornos familiares complejos. El alejamiento de las instituciones educativas debido a las medidas

de bioseguridad incrementó su exposición a escenarios de violencia intrafamiliar, maltrato y falta de alimentos los cuales generaron afectaciones en su salud mental.

De otro lado, algunas/os profesionales que trabajan en el sector educativo sugieren que el periodo de postpandemia ha sido traumático porque, al retomar las actividades presenciales, las instituciones no tenían las herramientas para responder a las numerosas afectaciones emocionales de las y los estudiantes. Empero, paulatinamente han surgido múltiples estrategias desde la institucionalidad, que buscan reducir la agresividad y generar espacios que favorezcan la socialización, la escucha y el manejo de problemas emocionales; estas acciones han facilitado que muchos niños, niñas y adolescentes se adapten nuevamente a las actividades presenciales (40).

Desde el punto de vista de algunas/os profesionales psicosociales, existe una tendencia a juzgar a los niños, niñas y adolescentes por el comportamiento que han demostrado en las instituciones educativas, sin embargo, indican que es necesario entender las situaciones estresantes que este grupo poblacional vivió a raíz de la pandemia, y los impactos que se presentaron en su proceso de desarrollo cognitivo, emocional, social y físico.

En este orden de ideas, también es adecuado propiciar espacios de entendimiento, aprendizaje del manejo emocional, resolución de conflictos, capacitación en herramientas de socialización y recuperación integral de la salud mental en los casos que sea necesario. Finalmente, estas/os profesionales sugirieron implementar un proceso de evaluación y valoración psicológica para niños, niñas y adolescentes, de manera permanente o recurrente, para detectar trastornos y afectaciones psicológicas y tomar medidas oportunas.

# Relato

# Mientras todo cambia

*Karina, de 13 años, le aburría tanto el encierro, que sacaba al perro con un tapabocas en el bozal y duraba horas en el parque para sentir el aire fresco. Paco, como tantos adolescentes, no le gustaba el confinamiento porque no pudo seguir parchando con sus amigos. Cristian, alejado de sus amigos por el encierro, se volvió callado y taciturno con su familia porque no se le ocurría qué decir.*

**Al papá de Roland le dio Covid, pero aún así no dejó de salir a trabajar para conseguir la comida de la familia. Cuando llegaba al anochecer, solo se arrojaba a la cama, exhausto, y permanecía muy quieto.**

*Aura perdió a su abuela. Tomás a su tía. Girasol no alcanzó a conocer a su padre.*

*Luisa, de octavo grado, tuvo que empezar a cuidar a su hermana menor en una casa de tres pisos.*

*A Jana le dolía la espalda de estar acostada. Alicia comenzó a temer a la oscuridad. Brayan a los zombis. Jeremy, de 14 años, comenzó a darse cuenta de que su cuerpo, su expresión, su pensamiento y su forma de hablar, cambiaban.*

**Márgara sufrió mucho el genio de Carmen, su hermana mayor, porque siempre llegaba a gritar a la casa y pelear con todo el mundo.**

*Las calles desiertas afectaron al papá de Carla, que era taxista.*

*En la pandemia, Miguel tuvo que irse a vivir con su papá porque la economía en la casa de su madre era complicada; su padre trabajaba todo el día y lo dejaba solo en la casa, para que cocinara e hiciera oficio, pero Miguel lo único que deseaba era que su padre le dijera: hijo ¿cómo estás?*

*Juliana bajó 20 kilos porque hacía ejercicio todo el tiempo. Joaquín, el contrario, vio a los demás niños de la cuadra más gordos. Camilo siente que el cambio más drástico que sufrió en la pandemia es su estado físico, porque se asfixia cuando corre; dice que ahora se siente como un viejo de 50 años. Cuando inició la alternancia en los colegios de Bogotá, a Luisa le chocó el hecho de ser ahora la primera en la fila, la más bajita, cuando antes era considerada una de las más altas del salón.*

**Manuel se sumergió en los videojuegos durante toda la pandemia, jugando hasta altas horas de la madrugada, y conoció gente nueva en línea.**

*En la casa de Fernanda había un altillo, en uno de los cuartos del fondo, y ahí ella podía subir y sentarse, sacar la cabeza por un pequeño agujero y sentir el viento que salpicaba su cabello de brizna y polvo.*

**Clara, de 17 años, dejó de comer porque le empezó a dar asco la comida. Ana empezó a sufrir ataques de pánico. Alejandra descubrió que era bisexual, y a raíz de eso tiene una relación tormentosa con su padre.**

*Julieth, de noveno grado, le daba pereza estudiar, ya no encontraba la misma motivación y dejó de conectarse a las clases virtuales.*

*Como la mamá de Julia era enfermera, tuvieron que dejar de verse con el resto de la familia, para evitar llevarles el virus.*

**Nancy, de 15 años, mientras miraba por su ventana las calles solitarias y los prados verdes, se vio sorprendida por el cuerpo abultado de una mujer que cayó del quinto piso y se estrelló contra el andén; su vecina se había suicidado.**

*Pedro, de 12 años, salía a las calles y restaurantes del barrio diciendo: la gente no solo se muere de Covid, sino también de pena, y pedía comida para desayunar y almorzar.*

*Antes de dormir, Diana escuchaba ruidos extraños en las casas vecinas y eso la asustaba mucho; todo lo asociaba con el Covid; tenía pesadillas. Una noche, cuando llovía, un trueno sonó espantoso y ella quedó sentada en la cama, con la sensación rarísima de que estaban matando gente en alguna parte.*

*A Mario todos sus muñecos le generaron un trauma horrible; una noche, sufrió una parálisis del sueño, y desde entonces no ha podido dormir como antes. Siente que sus muñecos son una presencia extraña que lo vigilan. Igual parálisis sufrió Paula, de 13 años, pero a raíz de los disturbios sociales que presenció a las portas de su casa. Desde su ventana alcanzaba a ver la trifulca, los sonidos abismales del tropel que se encaminaba por la calle del frente, coronada por el ESMAD. No ha vuelto a sentirse cómoda entre las demás personas.*

**Luego de la pandemia, Carol inició con una ansiedad avanzada. Inconscientemente se rasca la pierna con las uñas hasta dejarse marcas. Se muerde las uñas, se quita los cueritos, se arranca los cabellos, se corta los dedos, se hace sangrar los labios. Los labios le quedaron rotos y sangrantes, de tanto morderlos.**

*Colección de retazos narrativos a partir de los grupos focales realizados con adolescentes escolarizados en colegio distritales y públicos*

## ► 5.4. Personas mayores en la pandemia



De acuerdo con la Ley 1251 de 2008, son personas mayores las personas que tienen 60 años de edad o más (54). En estas personas, la pandemia de COVID-19 tuvo un impacto diferencial, teniendo en cuenta que las autoridades sanitarias emitieron medidas restrictivas dirigidas exclusivamente para ellas, como la cuarentena estricta y la restricción de visitas en hogares geriátricos en 2020 y 2021. Este impacto se ha evidenciado en dimensiones como la salud, el bienestar psicológico y la atención médica.

Según la literatura disponible, algunas afectaciones de la pandemia para este grupo poblacional a nivel mundial fueron: impactos en la salud física dada su vulnerabilidad a las complicaciones graves de COVID-19 (55); problemas de salud mental (56); bajo acceso a la atención médica (57); disponibilidad y accesibilidad de las vacunas contra el COVID-19 fueron una preocupación importante para esta población en algunos lugares (58); el aislamiento social (59); el impacto económico (60).

En este estudio la información recolectada sobre lo vivido por las personas mayores durante la pandemia permitió apreciar que las afectaciones en salud mental variaron radicalmente de acuerdo con la situación familiar y de residencia. Por esta razón, se presentan una serie de hallazgos sobre las personas que contaban con lazos familiares y/o una red de apoyo, y otras conclusiones sobre las personas que no contaban con este tipo de relaciones.

En el primer grupo, se identificó que muchas personas mayores que vivían con sus familias estuvieron sujetas a medidas de sobreprotección y recibieron presiones para adelantar sus procesos de jubilación. También se presentaron modificaciones en los hogares para protegerlas e incluso cambios de domicilio dentro y fuera de la ciudad (35). Estas situaciones implicaron el encierro estricto en el hogar y la pérdida de independencia y autonomía, que con alta frecuencia derivaron en depresión y declive cognitivo (61). Lo anterior se puede apreciar en el relato de una docente de un jardín infantil:

Eso también lo cambió la pandemia, pero eran momentos de tormenta porque mi mamá salió pensionada y ella sí entró en depresión, porque para ella fue muy difícil abandonar de esa manera su trabajo; ella salió pensionada el 19 de octubre [2019], pero le dieron la oportunidad de seguir trabajando y ya en marzo [2020] le dijeron que no podía seguir trabajando, pero ella no lo procesó y la depresión de ella nos estallaba [afectando] a todos..., y a raíz de eso [ella] se estaba enfermando más (53).

En algunos casos, las personas lograron sobreponerse a la tristeza derivada del aislamiento, pero en otros no fue posible frenar la evolución de la tristeza: en depresión; en el deterioro de funciones superiores; en la pérdida del apetito, de la memoria y de los hábitos de higiene. El relato de una docente de un jardín infantil ilustra uno de estos casos:

Y mi abuelito, el que te digo que falleció, él murió fue porque era una persona que era independiente, un abuelo de esos de campo, que se han acostumbrado a trabajar, a hacerle, [...] que no los mantengan, que no les hagan, muy riguroso él... Nosotros le respetábamos mucho ese tema, de que



---

él quería seguir trabajando, entonces llegó ese tiempo donde dijeron los de setenta y pico de años ya no pueden salir. Si los ven afuera, no sé qué, el pánico social que había en ese tiempo: pues nosotros [le dijimos] “no abuelo, ya no podemos salir, mira, nosotros todos no podemos salir... ya no puedes volver a salir, pues vamos a estar acá todos juntos”. Mira, yo le abría la cortina, porque él en ese tiempo ya se cerró, perdía memoria, no se bañaba, no comía, se deterioró muy rápido (35).

Por otro lado, en el entorno familiar también se relataron problemas de convivencia con las personas mayores. En primer lugar, porque debido a la disponibilidad de tiempo libre y al aburrimiento, estaban en la búsqueda permanente de conversaciones e interacciones con familiares, que regularmente estaban ocupados trabajando o estudiando (48). En segundo lugar, por la reducción de muestras de afecto, en el marco de las medidas de bioseguridad, que fue interpretada por muchas personas mayores como muestra de abandono o falta de cariño por parte de sus familiares (62). En tercer lugar, se presentaron discusiones porque las personas mayores ejercían resistencia al encierro, especialmente los hombres, quienes en muchos casos ignoraban las restricciones, generando tensión en sus familias por el riesgo de contagio.

En las líneas de ayuda del Distrito se recibieron muchas llamadas de personas mayores que evidenciaban inconformidad por la suspensión de las actividades dirigidas a ellos en centros comunitarios e institucionales, y que reportaban dificultades para adaptarse a los cambios introducidos por la pandemia (8). En ocasiones, las y los profesionales de la salud tuvieron que atender consultas y reclamos de esta población

sobre las razones por las que les encerraban. Esto se evidencia en el relato de un profesional del programa de vacunación nacional:

La visión de los adultos mayores... en las cartas de peticiones que me llegaban de usuario, había viejitos que me contestaban y me decían, lo más de bonitos, no sé muy tiernos, que por qué los encerraban, si ellos todavía tenían la autonomía para decidir si estaban afuera o no. Toda la lógica del mundo, quién, o sea, puede ser un presidente, porque el presidente está diciendo que yo no puedo salir porque tengo más de sesenta, yo puedo decir por mí si salgo o no (63).

Adicionalmente, un motivo de estrés estuvo relacionado con el hecho de que algunas mujeres mayores tuvieron que asumir el cuidado de sus nietos, lo cual implicó un desafío. Situaciones cotidianas como la asistencia a clases virtuales se tornaron altamente estresantes para estas mujeres, debido a los requerimientos tecnológicos de la educación remota. Sobre este tema, una docente de un jardín infantil compartió:

Me tocó: “mami, vea usted ahora cómo se empieza a defender para meter el niño a la clase” y yo era súper estresada: “no se pudo conectar”. El niño se conectaba de 7:00 a 12:00 y mi pobre madre decía: “se fue al internet” y me llamaba, y yo acá sufría y me provocaba como teletransportarme e irme, porque mi mamá se agitaba, lloraba desesperada. Me llamaba a llorar y yo decía: “¿yo qué voy a hacer?”, me provocaba [decir:] “¡noooo!, yo ya no quiero seguir trabajando” (35).

Por otra parte, profesionales de la salud y personal de las líneas de atención y escucha conocieron casos en que los problemas de convivencia familiar hacia las personas mayores de 60 años se agravaron, llegando a situaciones violencia física y psicológica (45). También se identificaron casos en que el encierro hizo visible

---

un relacionamiento problemático con sustancias como el alcohol en las personas mayores, particularmente aquellas que se encontraban pensionadas, lo cual generó conflictos y discusiones familiares (22).

En los casos de las personas mayores que no compartían residencia con sus familias y vivían en otras viviendas o en hogares geriátricos, eran comunes los sentimientos de tristeza, rabia y abandono (64). Aunque las restricciones para visitar a esta población tenían el objetivo de prevenir el contagio, tuvieron un costo innegable en su salud mental. De hecho, llegaron a presentarse casos de personas mayores que se expusieron a riesgos para incentivar la compañía de sus familiares, por ejemplo, provocando accidentes que deterioraron sus condiciones físicas y generaron situaciones de estrés a sus familiares, tanto por su estado de salud como por los trámites necesarios para acudir a la atención médica (65).

Incluso, entre las personas adultas mayores que fueron hospitalizadas, profesionales de la salud identificaron casos de ideación suicida asociados a la sensación de soledad, la carencia de afecto al no recibir visitas de sus familiares, así como por la preocupación y el temor a una crisis económica (62). En este punto cabe anotar que tanto las personas mayores como sus familiares cuidadores estuvieron expuestos a situaciones de estrés por las dificultades en el acceso a servicios de salud (66).

Con respecto al segundo grupo de análisis, compuesto por las personas mayores que no contaban con familiares o una red de apoyo, algunas/os profesionales que les atendían indicaron que vivieron la pandemia en soledad (10), y que muchas de ellas enfrentaron condiciones de marginalidad y hacinamiento (67). Muchas personas mayores en situación de vulnerabilidad tuvieron que acudir a los Centros

de Cuidado Transitorio<sup>12</sup> del Distrito, por ejemplo, habitantes de calle que vivían del «rebusque» y personas que antes de la pandemia desempeñaban actividades informales (como lustrar zapatos y vender artículos en las calles), pero no pudieron seguirlos desarrollando debido al confinamiento.

La principal afectación en salud mental en las personas residentes, que mencionaron las y los profesionales de los centros de cuidado, fue la ansiedad, porque observaban que sus compañeros salían enfermos al hospital y nunca regresaban.

Estas/os profesionales también afirmaron que algunas personas que eran independientes al inicio de la pandemia perdieron su autonomía, y ahora consideran los centros como su hogar permanente, dado que presentaron un deterioro acelerado de sus capacidades durante el confinamiento. Esta situación ha impedido que personas mayores que antes tenían una actividad económica puedan retomarla. De hecho, algunas personas intentaron retornar a sus trabajos previos, pero encontraron cambios que lo impidieron, y perdieron así sus lugares de socialización y fuentes de ingresos. Frente a esta situación, las funcionarias y los funcionarios del distrito están enfocados en encontrar alternativas laborales para adultas/os mayores entre 60 y 80 años (20).

---

**12.** Los Centros de Cuidado Transitorio están dirigidos a personas mayores de 60 años que se encuentran en riesgo o situación de habitabilidad en calle. Se promueven acciones de autocuidado y dignificación, minimizando los riesgos y daños asociados a la vida en calle. Las personas mayores pueden acceder a servicios gratuitos de alojamiento confortable y seguro, alimentación, aseo personal, acompañamiento interdisciplinario; orientación y referenciación a ofertas de servicios sociales; activación de rutas, en caso de vulneración de derechos; participación en procesos ocupacionales y de desarrollo humano. <https://bogota.gov.co/mi-ciudad/integracion-social/quienes-pueden-acudir-los-centros-de-cuidado-transitorio-en-bogota>



## Relato

# Retirados

*Lo más terrible era el no actuar, la impotencia. Saber que yo soy profesional y debía estar a la altura, pero no tenía respuesta para darles. No. Tenía miedo. Como ellos. Me preguntaban: ¿Cuánto va a durar esto? Cómo saberlo... En vez de eso se trataba de motivarlos. Vamos a hacer esto juntos. Vamos a cuidarnos entre todos. Pero estaban asustados, yo los veía por las cámaras y parecían pollitos internos y quietos. No sabían a dónde ir. Se sentía la angustia. Eso casi me deprime. Porque uno se apega a ellos. La transferencia.*

*En los centros de cuidado transitorios atendemos sobre todo a adultos mayores. Hombres y mujeres que están vulnerables, excluidos. En la pandemia la pasaron peor. Sus enfermedades, las necesidades particulares de salud, algunos salieron para urgencias y no volvieron al servicio. No se vieron nunca más. Extrañamente, a los más funcionales les dio Covid. Hubo positivos y negativos, sintomáticos y asintomáticos; tratábamos de mantenerlos distanciados. Enseñar, mostrar, contarles, explicar las circunstancias, una y otra vez. Pero no siempre podían entender. Muchos y muchas quedaron muy mal después de la pandemia.*

*Cuando salieron no era lo mismo que habían conocido. Transformación de la cultura o la sociedad. Los sitios que frecuentaban, los amigos, las personas que les regalaba un desayuno o almuerzo. Tuvieron que afrontar esa pérdida. La frustración de que lo poco que tenían se desvanecía de un momento a otro, entre sus viejas manos. Se encontraron otra realidad.*

*Afectó su autonomía, la menguante independencia que su edad avanzada castiga conforme pasa el tiempo. Ahora, en cambio, tenían miedo a perderse cuando se trasladaban. Miedo a desubicarse. Desubicarse en tiempo y espacio; dejar de pertenecer. Sedentarismo.*

*El centro de cuidado transitorio se volvió permanente. En la pandemia tuvieron que aguantar. Se institucionalizaron con nosotros. Su trabajo informal se había cercenado. Ya no podían rebuscarse nada en la calle, conseguir lo mínimo para sus cosas. Volvían con una nota de consternación y tristeza. No se querían ir porque decían que el servicio era lo único que tenían en su vida; que se amarrarían a las patas de la cama si intentábamos sacarlos. Su existencialismo humilde desempolvó las viejas preguntas del para qué seguir. La pandemia volvió a impulsar el asistencialismo.*

*En el servicio había una mezcla de emociones. Por un lado, sentía consuelo de poder ayudar a nuestros adultos mayores, proteger a los más desprotegidos. Por otro, lidiar con su desdén, su impaciencia, las necesidades básicas de su afecto. La paranoia. Todo es un invento, decían algunos. Una anciana ya tenía una obsesión con la limpieza y compulsivamente necesitaba limpiarlo todo. Estábamos avanzando para que redujera esas conductas que le generaban malestar, hasta que llegó la pandemia. Con otros negociábamos los cigarrillos. La ansiedad. Abstinencia. En una ocasión, notamos que se agotaba muy rápido el gel antibacterial en el servicio; luego nos dimos cuenta que uno de ellos se lo estaba tomando. Otro era adicto al diátrix; era su placebo. Lo invadía la soledad. Sensación de estar retirados.*

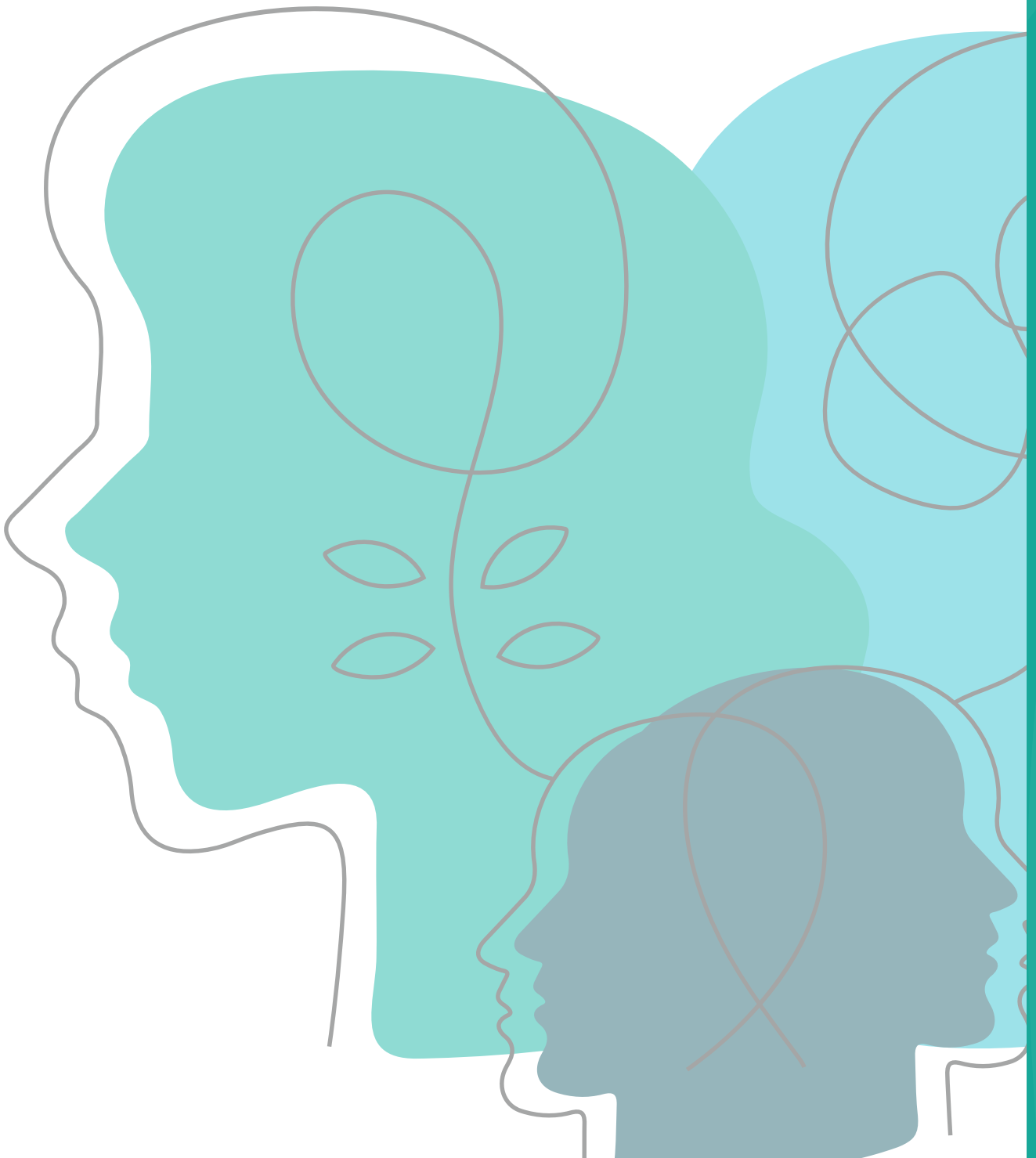
**Relato de un trabajador social de un hogar de paso**

## Referencias

1. UN Women. Womens Rights in Review 25 years after Beijing. 2021; Disponible en: <https://www.unwomen.org/sites/default/files/Headquarters/Attachments/Sections/Library/Publications/2020/Gender-equality-Womens-rights-in-review-en.pdf>
2. World Economic Forum (WEF). Global Gender Gap Report [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.weforum.org/reports/gender-gap-2020-report-100-years-pay-equality/>
3. Amnesty International. Amnesty International Report 2020/21: The State of the World's Human Rights [Internet]. 2021. Disponible en: <https://www.amnesty.org/en/documents/pol10/3202/2021/en/>
4. International Labour Organisation (ILO). The impact of the COVID-19 pandemic on jobs and incomes. 2021.
5. Ministerio de Justicia y del Derecho et al. Violencia basada en género. Guía teórica y metodológica. 2019.
6. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
7. Secretaría Distrital de la Mujer BDC. ¿Qué pasó con las mujeres en Bogotá durante el primer año de pandemia?. 2020.
8. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
9. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
10. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga de colectiva en acompañamiento psicosocial y defensa de derechos humanos. 2023.
11. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Trabajadores espacio público. 2023.
12. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Mujer desempleada. 2023.
13. ONU MUJERES. Dimensiones de Género en la crisis del COVID-19 en Colombia: Impactos e implicaciones son diferentes para mujeres y hombres. 2020.
14. Arango L MP. Ante todo, el cuidado es un trabajo. En el trabajo y la ética del cuidado. Arango, L. G., Molinier, P., & Orozco, C. A. H La carreta editores. 2011.
15. González ARO. Espacio privado: políticas de confinamiento, trabajo y sistema sexo-género. 2022.
16. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio público, localidad Bosa. 2023.
17. Batthyany K, Cepeda Z, Vallejo ME, Friedrich Ebert Stiftung. Coronavirus y desigualdades preexistentes: Género y cuidados. 2020.
18. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médica en línea escucha y orientación del Distrito. 2023.
19. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Auxiliar de servicios generales hospital público, localidad San Cristóbal I. 2023.
20. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento a adulto mayor. 2023.
21. Brandão T. Género y salud mental materna en pandemia: cuando la violencia es del sistema. m.rcs. 1 de mayo de 2022;10(1):42-57.
22. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psiquiatra de hospital privado. 2023.
23. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga de gestión del riesgo en emergencias y desastres. 2023.
24. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Amas de casa, localidad Ciudad Bolívar. 2023.
25. Ministerio de la Protección Social, Instituto Colombiano de Bienestar Familiar. Código de la infancia y la adolescencia. Ley 1098 de 2006 [Internet]. 2006. Disponible en: <https://www.icbf.gov.co/sites/default/files/codigoinfancialey1098.pdf>
26. Noticias ONU. La pandemia de COVID-19 dejará una "huella imborrable" en la salud mental de niños y jóvenes [Internet]. 2021. Disponible en: <https://news.un.org/es/story/2021/10/1497862>

27. Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo. Los niños, niñas, adolescentes y jóvenes de América Latina y el Caribe se enfrentan a pérdidas irrecuperables debido al COVID-19 [Internet]. 2021. Disponible en: [https://www.undp.org/es/latin-america/press-releases/los-ni%C3%B1os-ni%C3%B1as-adolescentes-y-j%C3%B3venes-de-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-se-enfrentan-p%C3%A9rdidas-irrecuperables-debido-al](https://www.undp.org/es/latin-america/press-releases/los-ninos-B1os-ni%C3%B1as-adolescentes-y-j%C3%B3venes-de-am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-se-enfrentan-p%C3%A9rdidas-irrecuperables-debido-al)
28. Cluver, L, Lachman, J, Sherr, L, Wessels, I, Krug, E, Rakotomalala, S, et al. Parenting in a time of COVID-19. *The Lancet* [Internet]. 2020; Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(20\)30736-4/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(20)30736-4/fulltext)
29. Loades, M, Chatburn, E, Higson-Sweeney, N, Reynolds, S, Shafran, R, Brigden, A, et al. Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of COVID-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32504808/>
30. Cunningham, K, Moran, V, McNeilly, B., Gallegos, D, Lutter, C, Victora, C. COVID-19 and maternal and child food and nutrition insecurity: A complex syndemic. *Maternal & Child Nutrition* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32458574/>
31. Robertson, T, Carter, E., Chou, V, Stegmuller, A, Jackson, B, Tam, Y, et al. Early estimates of the indirect effects of the COVID-19 pandemic on maternal and child mortality in low-income and middle-income countries: a modelling study. *The Lancet Global Health* [Internet]. 2020; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32405459/>
32. Alkire, S, Dirksen, J, Nogales, R, Oldiges, C. Multidimensional poverty and COVID-19 risk factors: A rapid overview of interlinked deprivations in ten global venues. *World Development*, 136, 105104 [Internet]. 2020; Disponible en: [https://ophi.org.uk/wp-content/uploads/B53\\_Covid-19\\_vs3-2\\_2020\\_online.pdf](https://ophi.org.uk/wp-content/uploads/B53_Covid-19_vs3-2_2020_online.pdf)
33. Usher, K, Bhullar, N, Durkin, J, Gyamfi, N, Jackson, D. Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 549-552 [Internet]. 2020; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7264607/>
34. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora de Centro de Desarrollo Infantil, localidad Santa Fe I. 2023.
35. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes jardín infantil, localidad Santa Fe. 2023.
36. Lizondo-Valencia, R, Silva, D, Arancibia, D, Cortés, F, Muñoz-Marín, D. Pandemia y niñez efectos en el desarrollo de niños y niñas por la pandemia Covid-19. *Veritas & Research*, 3(1), 16-25 [Internet]. 2021; Disponible en: [https://www.researchgate.net/profile/Romina-Lizondo/publication/352881869\\_Pandemia\\_y\\_ninez\\_efectos\\_en\\_el\\_desarrollo\\_de\\_ninos\\_y\\_ninas\\_por\\_la\\_pandemia\\_Covid-19/links/6241bce88068956f3c54db87/Pandemia-y-ninez-efectos-en-el-desarrollo-de-ninos-y-ninas-por-la-pandemia-Covid-19.pdf](https://www.researchgate.net/profile/Romina-Lizondo/publication/352881869_Pandemia_y_ninez_efectos_en_el_desarrollo_de_ninos_y_ninas_por_la_pandemia_Covid-19/links/6241bce88068956f3c54db87/Pandemia-y-ninez-efectos-en-el-desarrollo-de-ninos-y-ninas-por-la-pandemia-Covid-19.pdf)
37. Rodríguez Sas O, Estrada L. Pantallas en tiempos de pandemia: efectos bio-psico-sociales en niñas, niños y adolescentes. *Revista Sociedad*, N° 42 Universidad de Buenos Aires. 2021.
38. Gavoto, L, Terceiro, D, Volij, C, Discacciati, V, Terrasa, S. Exposición a pantallas de niñas, niños y adolescentes: recomendaciones, límites y controversias en el marco del distanciamiento social obligatorio. Un estudio cualitativo. *Servicio de Medicina Familiar y Comunitaria*. 2023.
39. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinadora de Centro de Desarrollo Infantil, localidad Santa Fe II. 2023.
40. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga de Secretaría de Educación del Distrito. 2023.
41. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Orientadora escolar. 2023.
42. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio público, localidad Rafael Uribe. 2023.
43. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio privado, localidad Suba. 2023.
44. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales de psicología en atención a estudiantes universidad pública. 2023.

- 
45. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Psicóloga clínica en línea de escucha y orientación del Distrito. 2023.
46. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio pública, localidad San Cristóbal. 2023.
47. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento de niñez y juventud. 2023.
48. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Docentes colegio público, localidad Bosa. 2023.
49. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médica urgencióloga de hospital privado, localidad Mártires. 2023.
50. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Equipo de salud mental entidad privada. 2023.
51. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Adolescentes colegio privado, localidad Suba. 2023.
52. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Coordinador de equipo salud mental del Distrito. 2023.
53. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Docente de jardín infantil, localidad Santa Fe II. 2023.
54. República de Colombia-Gobierno Nacional. Ley 1251 de 2008. «Por la cual se dictan normas tendientes a procurar la protección, promoción y defensa de los derechos de los adultos mayores» [Internet]. 2008. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=33964>
55. Guan, W, Liang, W, Zhao, Y., Liang, H, Chen, Z, Li, Y, et al. Comorbidity and its impact on 1590 patients with COVID-19 in China: A nationwide analysis. [Internet]. 2020. (The European Respiratory Journal, 55(5). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32217650/>
56. Luchetti, M, Lee, J, Aschwanden, D, Sesker, A, Strickhouser, J, Terracciano, A, et al. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. 2020;The American Psychologist, 75(7. Disponible en: <https://psycnet.apa.org/record/2020-42807-001>
57. Bianchetti, A, Guerini, F, Bellelli, G, Marengoni, A, Padovani, A, Rozzini, R, et al. Improving the care of older patients during the COVID-19 pandemic. 2020; Disponible en: <https://doi.org/10.1007/s40520-020-01641-w>
58. Lloyd-Sherlock, P, Ebrahim, S., Geffen, McKee, M. Bearing the brunt of COVID-19: Older people in low and middle income countries. BMJ Global Health [Internet]. 2021; Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32169830/>
59. Armitage, R, Nellums, L. COVID-19 and the consequences of isolating the elderly. The Lancet Public Health [Internet]. 2020; Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667\(20\)30061-X/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpub/article/PIIS2468-2667(20)30061-X/fulltext)
60. Gentilini, U, Almenfi, M, Orton, I, Dale, P. Social Protection and Jobs Responses to COVID-19: A Real-Time Review of Country Measures. The World Bank [Internet]. 2020; Disponible en: <https://openknowledge.worldbank.org/entities/publication/3bc00930-8388-5d60-86a9-a579de8a5b28>
61. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Médico psiquiatra en universidad privada. 2023.
62. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Auxiliares de enfermería hospital privado, localidad Mártires. 2023.
63. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Profesional de programa de vacunación nacional. 2023.
64. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Auxiliar de enfermería. 2023.
65. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Desempleados. 2023.
66. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Grupo focal: Profesionales acompañamiento a habitantes de calle. 2023.
67. Secretaría Distrital de Salud y UNODC. Entrevista a profundidad: Funcionaria en entidad pública del Distrito. 2023.





## Conclusiones y recomendaciones

### ► Conclusiones

El estado actual de la salud mental en Bogotá es el resultado de la confluencia de factores precedentes a la pandemia y a las condiciones impuestas por la emergencia sanitaria, que alteraron, modificaron o acentuaron las problemáticas preexistentes.

A continuación, se presentan las conclusiones del estudio en términos de los principales impactos que tuvo el periodo de pandemia sobre los habitantes de Bogotá y los factores que los motivaron. Algunos de ellos fueron generalizados, mientras que otros fueron diferenciados en los grupos de referencia consultados.

#### Vivencias y experiencias en el periodo de mayor criticidad de la pandemia

- Las afectaciones de la pandemia en la salud mental de las y los habitantes de Bogotá no son homogéneas, por el contrario, obedecen a una realidad multidimensional e interseccional en la que confluyen variables de género, curso de vida, seguridad alimentaria, empleo, ingresos, desigualdad, privaciones relativas, vivienda, acceso a servicios públicos, infraestructura comunal, capital social, cultura, educación, entre otras; que deben ser tenidas en cuenta en la toma de decisiones en materia de salud mental.
- Se estableció que la pandemia indujo siete experiencias comunes a toda la población, las cuales fueron vividas de forma particular de acuerdo con determinantes sociales, trayectorias de vida y subjetividades que configuraron el sentido de lo ocurrido. En orden de relevancia, estas experiencias fueron: variación de las condiciones económicas; transformación en las relaciones fa-



miliares; distanciamiento social, aislamiento y confinamiento obligatorio; transición a la educación virtual; atención en el sistema de salud; muerte, pérdida y duelo; y vivencias del espacio público, privado, urbano y rural.

## Afectaciones en la salud mental

- ▶ A partir de los relatos y la percepción de las y los participantes, se evidenciaron síntomas asociados a problemas y trastornos de salud mental y del comportamiento. Los más frecuentes fueron: trastorno de ansiedad; trastorno obsesivo-compulsivo; trastornos afectivos y del estado del ánimo; depresión; bipolaridad; ideación, intento y consumación suicida; alteraciones del sueño; alteraciones de la conducta alimentaria; síndrome de desgaste profesional; alteraciones en cognición asociadas al COVID 19, y respuestas emocionales con valencia negativa. Por tratarse de un estudio basado en las narraciones de las y los participantes, la información recabada no es suficiente ni pertinente para el establecimiento de diagnósticos, pero es indicativa de afectaciones de salud mental en los diversos grupos de referencia; por tanto, constituye un insumo clave para mejorar la atención en salud mental y formular políticas públicas en este sentido.
- ▶ Durante la pandemia se presentó un incremento en la solicitud de consultas profesionales de psicología y psiquiatría, así como un escalamiento desbordado en la demanda de atención por otros medios, como las líneas de escucha y orientación del Distrito.
- ▶ Se presentaron síntomas de depresión y ansiedad en profesionales de la salud por sobrecarga laboral y el miedo al contagio. Además, diversos grupos poblacionales (como docentes y personal de recursos humanos), asumieron en sus organizaciones el rol de apoyo en contención emocional, sin estar capacitados para ello.
- ▶ Para algunas/os participantes, la pandemia fue un factor estresante, mientras que para otros fue una vivencia que aportó en la reducción del estrés de la vida cotidiana.
- ▶ Las principales estrategias de afrontamiento identificadas frente a los desafíos impuestos por la emergencia sanitaria fueron la búsqueda de apoyo social, las prácticas religiosas, la búsqueda de atención profesional, el autocontrol y la planificación.
- ▶ Dado que la atención en salud mental tuvo que transitar al entorno virtual durante la pandemia, las y los profesionales en psicología y psiquiatría adecuaron sus procedimientos, enfrentando desafíos para brindar una atención remota eficiente, debido a las restricciones de tiempo en las consultas y a las altas cargas laborales.
- ▶ Se identificaron deficiencias y barreras de acceso a la atención profesional en salud mental por parte del sistema de salud, como la espera prolongada para obtener citas, la falta de continuidad en el tratamiento y el cambio frecuente de profesionales.
- ▶ Se reportaron dificultades en el acceso y continuidad del tratamiento farmacológico. Las personas afectadas tuvieron que reemplazar su medicación, lo que en algunas ocasiones derivó en casos de desestabilización y crisis de gravedad.

## Consumo de sustancias psicoactivas

- ▶ Las dinámicas de consumo de sustancias psicoactivas también estuvieron marcadas por las características propias de los distintos grupos de referencia, y sus determinantes sociales y económicos. Por un lado, en grupos como la población adulta con estabilidad económica y laboral, se presentó un aumento en el consumo de alcohol, tabaco y cigarrillo; mientras que en el grupo de referencia de jóvenes universitarias/os hubo relatos relacionados con la disminución de patrones de consumo o desistimientos.
- ▶ Entre las motivaciones de las personas que usaron sustancias durante la pandemia se encontraron: la conciliación del sueño; la concentración para el desarrollo de actividades laborales o académicas; el acompañamiento de actividades de esparcimiento; el afrontamiento ante el estrés o el escape de la realidad; el afrontamiento de los procesos de duelo y pérdida, y en la población masculina también se refirió el uso de sustancias para facilitar la expresión de sentimientos y encontrar fuerzas para continuar en aislamiento.
- ▶ En algunos casos se identificó un reemplazo paulatino del cigarrillo por los sistemas electrónicos de suministro de nicotina, conocidos como vapeadores.
- ▶ Para algunas/os residentes en hogares de paso para personas mayores y personas en situación de habitabilidad de calle, las limitaciones en la movilidad y la falta de ingresos económicos condujeron a la reducción del consumo de sustancias.
- ▶ Varias personas presentaban policonsumo y consumos problemáticos de sustancias, por lo cual se presentaron casos de síndrome de abstinencia en los hogares de paso.
- ▶ Durante las actividades de recolección de datos se conocieron casos de personas jóvenes y adultas que iniciaron un tratamiento farmacológico como respuesta a cuadros de estrés, ansiedad y depresión. El inicio del consumo de estos medicamentos estuvo acompañado de equipos profesionales y en la mayoría de los casos representó mejorías significativas en las personas.
- ▶ En los grupos de jóvenes, adultas/os, personal de salud, personas mayores, y personas en situación de habitabilidad en calle que residían en hogares de paso, se identificó un aumento del consumo de medicamentos psiquiátricos sin prescripción médica durante la pandemia, en relación con episodios de pánico, ansiedad generalizada, dificultades para conciliar el sueño y estrés.
- ▶ Se evidenciaron algunos casos de desintoxicación y rehabilitación exitosos en la población habitante de calle que fue beneficiaria de hogares de paso en el periodo de aislamiento preventivo obligatorio, gracias a estrategias de contención por medio de sistemas de recompensa. Aunque se presentaron casos de recaídas una vez las restricciones perdieron vigencia, algunas estrategias se mantienen actualmente.

## Resiliencia

- ▶ Las medidas de aislamiento preventivo obligatorio implementadas en el marco de la pandemia por COVID-19 pusieron a prueba las habilidades emocionales, cogni-

---

tivas y socioemocionales, de las personas de los grupos de referencia y sus círculos cercanos. Frente a estos desafíos, se desarrollaron e implementaron capacidades y estrategias que permitieron mantener el equilibrio físico, mental y emocional a nivel individual, familiar, grupal y colectivo.

- ▶ Se reportaron demostraciones de solidaridad, que emergieron del reconocimiento de algunas personas sobre sus privilegios en relación con las condiciones de pobreza vividas por otras familias. Se destacan las entregas de alimentos; asistencias médicas, psicológicas y/o emocionales; trabajos sociales; donaciones de dinero, entre otras.
- ▶ De acuerdo con los relatos de las y los participantes, muchas personas aumentaron sus prácticas de autocuidado físico, social, mental y emocional. Las prácticas más frecuentes estuvieron relacionadas con la actividad física, la mejora en la calidad de la alimentación, las prácticas de respiración consciente, la meditación y el yoga.
- ▶ Particularmente en el sector de salud y en el sector educativo, se reportaron casos de cualificación profesional y desarrollo de nuevas habilidades profesionales en el marco de la pandemia, para ajustarse a las dinámicas de virtualidad y trabajo a distancia.
- ▶ En medio de las condiciones de adversidad económica causadas por la pandemia de COVID-19, algunas personas, particularmente de los grupos de referencia de vendedoras/es en el espacio público y personas desempleadas/os, emprendieron el diseño y ejecución de iniciativas de generación de ingresos, con las cuales pudieron garantizar su sostenimiento y el de sus familiares.

- ▶ En las y los participantes del estudio se generaron reflexiones y aprendizajes que transformaron el sentido de su vida, debido a la sensación de **renacer y ser otros/as** durante o después de la vivencia de la pandemia. Estos cambios se relacionan con la percepción del pasado, el presente y el futuro; el entendimiento sobre la vida y la muerte; el reconocimiento de la fragilidad humana; la incertidumbre sobre el futuro, y la necesidad de ubicarse en el tiempo presente. Las prácticas espirituales fueron uno de los soportes que fortalecieron a las personas participantes.

## I Los colectivos más vulnerables

A lo largo de la recolección y el análisis de datos, se identificaron afectaciones particulares de la pandemia en tres grupos poblacionales: mujeres; niños, niñas y adolescentes, y personas mayores.

- ▶ En el caso de las **mujeres**, se evidenció que se ignoraron o se normalizaron muchas situaciones que afectaron su bienestar e integridad. La principal afectación identificada fue el incremento en los casos de **violencias basadas en género y violencia intrafamiliar**, que incluyeron violencia psicológica, física y sexual, agravada por varios aspectos:
  - Los agresores fueron regularmente familiares cercanos o parejas
  - Se presentaron situaciones de dependencia o vulnerabilidad económica
  - Hubo un incremento de las cargas de cuidado no remunerado

- Se presentaron conflictos derivados de la convivencia

- Hubo un incremento de consumo de alcohol en los hogares

▶ Dado que el hogar se convirtió en el epicentro del cuidado, el trabajo, la educación, el entretenimiento y otras actividades; se presentó un incremento de las cargas de cuidado no remunerado para las mujeres, lo cual les generó agotamiento, estrés y ansiedad por la dificultad de distribuir estas responsabilidades. En pocos casos, los hombres asumieron responsabilidades en sus hogares y en la crianza de sus hijas/os, aunque no se produjo una resignificación social de las labores de cuidado. Incluso, se reportaron situaciones de estrés, junto con sentimientos de vergüenza y culpa para los hombres, por alejarse de los roles tradicionales de género.

▶ En la población de **niñas, niños y adolescentes** se identificaron afectaciones tales como: atraso en procesos de desarrollo cognitivo, socioemocional y del lenguaje; tendencia a la agresividad, la violencia física y verbal en el relacionamiento con otras/os; alta exposición a pantallas o dispositivos tecnológicos; pérdida de autonomía; mayor sensibilidad en la interacción; pérdida de rutinas y afectaciones en los patrones de sueño; aumento en reportes de ideación, amenaza y muerte por suicidio, así como casos de abuso, maltrato, violencia intrafamiliar y sensación de abandono.

▶ En el grupo de referencia de las **personas mayores** se evidenció que cuando vivieron con sus familiares, se presentaron casos de sobreprotección. A esto se sumaron procesos de jubilación que derivaron en sensaciones de angustia frente al encierro, pérdida de independencia y autonomía, depresión y declive cognitivo.

▶ Al interior de las familias con personas mayores, se identificaron conflictos por convivencia, violencia física y psicológica y, en algunas ocasiones, se pusieron en evidencia adicciones al alcohol por parte de hombres adultos mayores, las cuales se encontraban ocultas antes de la convivencia prolongada con sus familiares.

▶ Se conocieron casos de ideación y muerte por suicidio en personas mayores. Así mismo, se evidenció la exposición de esta población y de sus familiares cuidadores a situaciones de estrés por las dificultades en el acceso a servicios de salud.

▶ Algunas personas mayores estuvieron solas y en posible estado de abandono durante la pandemia. Estas situaciones, como las restricciones para transitar el espacio público y realizar venta de bienes y servicios en las calles, incrementaron su situación de vulnerabilidad por la pérdida de autonomía económica.

## ▶ Recomendaciones

### Promoción de la salud mental y prevención de trastornos, problemas y enfermedades mentales

▶ Desarrollo de **campañas de sensibilización** ciudadana orientadas a:

- Promover el tiempo de calidad entre familias y amigos, con el objetivo de retomar y afianzar los lazos que se perdieron o debilitaron en la pandemia
- Crear conciencia sobre el impacto del uso prolongado de dispositivos tecnológicos, y sus efectos en los procesos de socialización de niños, niñas y adolescentes

- Fomentar la búsqueda de ayuda profesional en salud mental
  - Sensibilizar en distintos entornos (comunitarios, hogares de acogida, hogares geriátricos y familias) sobre la relevancia de la atención en salud mental para las personas adultas mayores
- ▶ **Detección temprana de casos:** implementar un proceso continuo de evaluación y valoración psicológica de niñas, niños y adolescentes, para detectar trastornos y afectaciones de salud mental de manera temprana, y ofrecer respuestas oportunas y pertinentes. En los niños y niñas, las afectaciones cognitivas y las dificultades para mantener la atención, pueden ameritar el desarrollo de refuerzos en los procesos de aprendizaje y la implementación de estrategias diferenciadas pero no excluyentes. La valoración de los factores que pueden hallarse relacionados con los trastornos de aprendizaje y la cualificación del personal docentes, son alternativas que pueden facilitar la detección temprana y la intervención oportuna y coordinada.
  - ▶ Potenciar la **psicología comunitaria** como estrategia previa a la consulta clínica, a partir de actividades de formación, promoción y construcción de hábitos; que brinden herramientas a la ciudadanía para mejorar el manejo de emociones, la contención de emergencias y la construcción de redes de apoyo.
  - ▶ **Fortalecimiento de la pedagogía y educación en salud mental:** brindar herramientas y estrategias de afrontamiento para toda la ciudadanía, particularmente del sistema familiar, comprendiendo el rol protector y determinante que tienen en la salud mental de niños, niñas, adolescentes y personas mayores.
- ▶ **Priorizar las acciones preventivas** en las afectaciones psicosociales que se evidenciaron durante y después de la pandemia de COVID-19, y que continúan afectando la calidad de vida de la ciudadanía, tales como: trastornos de ansiedad, depresión, comportamientos suicidas, consumo de sustancias psicoactivas, desgaste profesional, entre otros.
  - ▶ Fortalecer **estrategias de base comunitaria**, en alianza con organizaciones de la sociedad civil, que realicen actividades de promoción de la salud mental y prevención de las problemáticas psicosociales, y que generen espacios y escenarios de escucha activa ante problemáticas familiares y de salud mental.
  - ▶ Promover la prevención y atención en salud mental de calidad en el **ámbito laboral**, así como la implementación de políticas de prevención de trastornos mentales; especialmente depresión, ansiedad y síndrome de desgaste profesional.
  - ▶ Sensibilizar a la ciudadanía sobre el cumplimiento de **límites en los horarios y cargas** laborales y en la prevención del acoso laboral, incluyendo la modalidad de teletrabajo. En estas actividades de sensibilización debe priorizarse a los profesionales de atención en salud.
  - ▶ Fortalecer y mejorar la atención en salud mental en el **ámbito educativo:** en colegios, universidades y otras instituciones; prestando especial atención a las características particulares y vulnerabilidades específicas de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, así como docentes y orientadores escolares.



## Atención en salud mental: acceso, calidad y abordaje de daños y secuelas de la pandemia

### ► Acceso

- Promover la **universalización del acceso a la atención en salud mental**, tanto preventiva como clínica.

### ► Disminuir barreras de acceso a atención en salud mental:

- Implementar un protocolo de atención para casos de urgencias de salud mental, que valide los síntomas inobservados relacionados con percepciones, sentimientos, pensamientos y conductas que necesitan atención inmediata, de tal forma que los casos puedan ser atendidos de forma eficaz y acorde con las necesidades del paciente.
- Garantizar que el Sistema Distrital de Salud oferte atención prioritaria para consultas de salud mental sin el requisito de consulta previa de medicina general.
- Sensibilizar al personal de salud sobre la necesidad de brindar esta atención prioritaria.
- Fortalecimiento del Modelo Territorial de Salud, en el sentido de descentralizar los servicios de salud mental hacia las localidades, barrios y veredas; debido a que el factor de movilidad es una barrera de acceso y permanencia en el tratamiento psicológico y psiquiátrico.

### ► Mejorar la calidad de la atención en salud mental

- Abordar la salud mental como un síntoma de otros problemas más allá de la salud, lo que implica tener en cuenta enfoques intersectoriales y transversales.
- Fortalecer las estrategias de sensibilización del personal de atención en salud y de otros sectores (educación, gobierno, integración social, etc.), sobre el trato digno y las formas de comunicación con las personas con afectaciones en salud mental.
- Fortalecer la difusión y comprensión de los documentos y protocolos de atención vigentes, que se focalizan en el reconocimiento y gestión emocional, garantizando su disponibilidad para cada persona que necesite espacio para ser escuchada, orientada y/o remitida a un servicio especializado.
- Incorporar grupos de ayuda o atención de terapia grupal como alternativas de atención en el sistema distrital.
- En relación con las **líneas de atención y escucha** en salud mental, se recomienda ampliar la respuesta oportuna, inmediata y acorde al contexto de emergencia detectado; mejorar la difusión de las líneas para que la ciudadanía conozca los servicios que prestan, e integrar los servicios que brindan las diferentes líneas de atención y escucha con la red de servicios del Sistema Distrital de Salud.
- Propender por la atención psiquiátrica y psicoterapéutica **integral**, es decir, que no se limite a la medicalización y prescripción de fármacos, sino que comprenda de forma

global los trastornos y problemas de salud mental, con sus desencadenantes sociales y relacionales.

▶ Fortalecer el programa de **Atención Médica Domiciliaria** para urgencias y tratamientos de salud mental en la red pública hospitalaria del Distrito: aumentando los profesionales a cargo, actualizando y fortaleciendo sus capacidades, ampliando la cobertura, entre otros.

▶ Promover la continuidad de las y los profesionales de salud mental en los tratamientos con sus pacientes, con el ánimo de evitar interrupciones y retrocesos que afecten a las y los usuarios.

Evaluar las estrategias orientadas hacia la gestión del riesgo colectivo, por medio de la estandarización de las intervenciones basadas en evidencia, la cualificación del talento humano que las desarrolla, y la cualificación de los procesos formativos en la educación superior.

### ▶ **Abordaje de daños y secuelas de la pandemia**

▶ Realizar un diagnóstico de la salud mental a las personas que trabajaron en las unidades de cuidados intensivos (UCI) y en urgencias médicas durante la pandemia, y plantear una estrategia de atención especializada que contemple las experiencias de esta población.

▶ Garantizar atención psicológica prioritaria a profesionales de salud mental, cuidadoras, cuidadores y docentes, teniendo en cuenta que enfrentan un alto riesgo de afectaciones psicosociales al brindar soporte emocional a diversas poblaciones, sumando el desgaste emocional que implicó su labor durante la pandemia.

▶ Hacer un reconocimiento a nivel institucional, político y comunitario a las personas que al desarrollar su trabajo durante la pandemia enfrentaron un mayor riesgo para su salud física y mental, y para la de sus familias: como el personal médico, de enfermería y de apoyo en instituciones prestadoras de servicios de salud; el personal de vigilancia, servicios generales y líneas de atención, y las personas que trabajaban en el espacio público, etc.

### ▶ **Desarrollo de capacidades en salud mental:**

- Cualificar al personal de atención en salud mental, garantizando que cuenten con los conocimientos técnicos y científicos necesarios para atender casos de trastornos mentales y del comportamiento, de acuerdo con los manuales de diagnóstico en psicopatología.
- Llevar a cabo formaciones en primeros auxilios psicológicos, dirigidas a la ciudadanía en general y especialmente a personas cuidadoras, para fortalecer su capacidad de reacción oportuna frente a situaciones de crisis relacionadas con salud mental.

### ▶ **Recomendaciones de investigación**

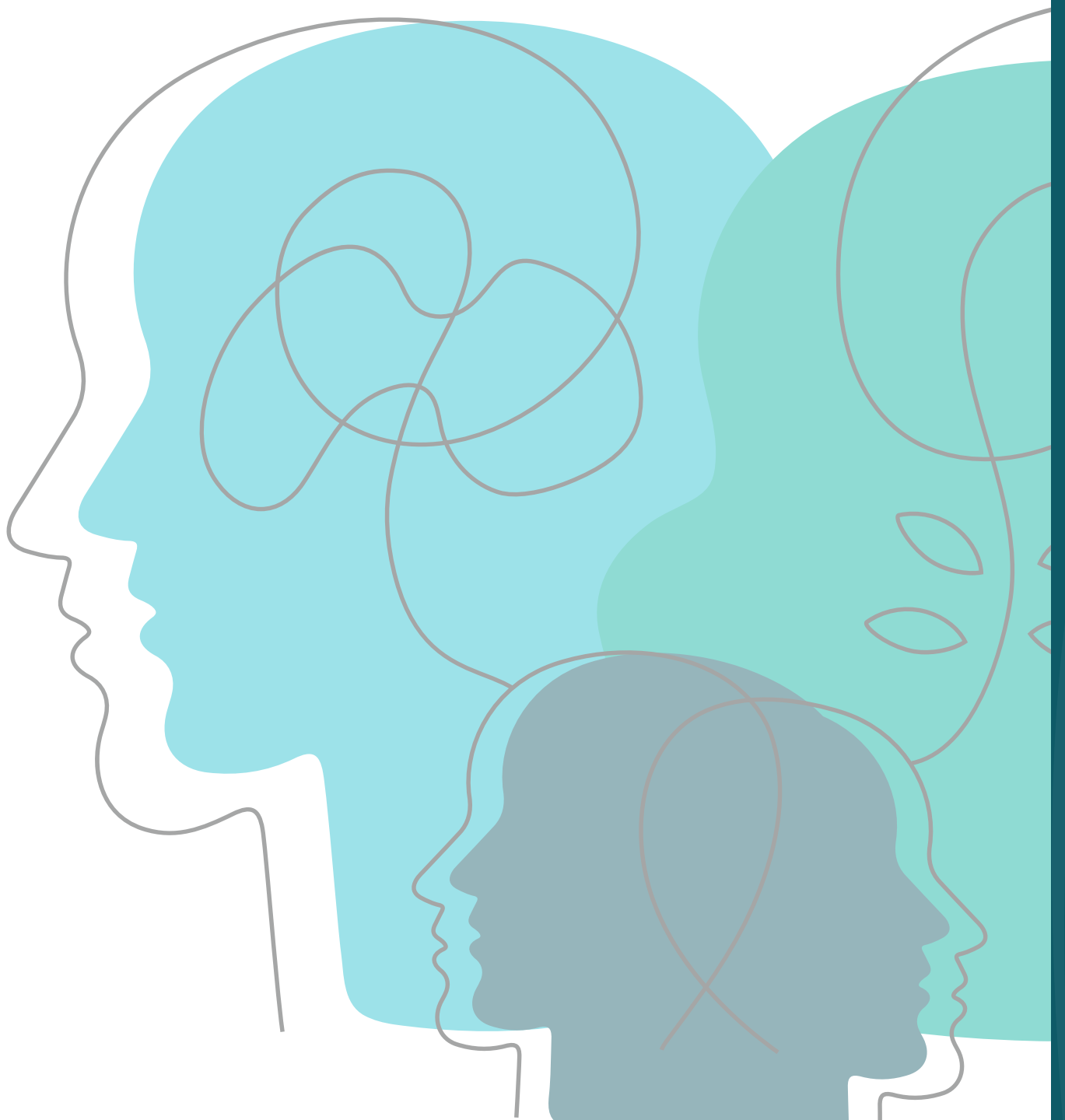
▶ Profundizar la investigación sobre los trastornos y problemáticas identificadas en el presente estudio, por ejemplo, el síndrome de desgaste profesional en adultos, o la ideación, amenaza y muerte por suicidio en niños, niñas, adolescentes y personas mayores.



- 
- ▶ Destinar recursos humanos, tecnológicos y financieros a la investigación sobre la efectividad de las estrategias de atención en salud mental, que se implementaron durante la pandemia, y a las que se implementan en la actualidad.
  - ▶ Divulgar y dar a conocer los resultados de los estudios de salud mental con fines de generar respuestas pertinentes.

### **Recomendaciones para la política pública en salud mental**

- ▶ Incluir el modelo biopsicosocial y de determinantes sociales de la salud mental en la política pública, entendiendo que no solamente las condiciones biológicas propician el desarrollo de enfermedades mentales, sino que las condiciones psicológicas y sociales son igualmente relevantes en la posibilidad de desarrollar trastornos, problemas o enfermedades mentales. A pesar de que estos enfoques son predominantes en el sector académico e institucional, son difíciles de llevar a la práctica profesional.
- ▶ Implementar la política pública aplicando los enfoques diferenciales; para ello es importante considerar las distintas afectaciones que se identificaron en el presente estudio, tanto por grupo de referencia como por grupo poblacional.





**UNODC**

Oficina de las Naciones Unidas  
contra la Droga y el Delito



ALCALDÍA MAYOR  
DE BOGOTÁ D.C.

SECRETARÍA DE  
**SALUD**

