



# ENCUESTA SOBRE SALUD MENTAL EN TERRITORIOS MARGINADOS DE COLOMBIA



# Caracterización Estadística de la Salud Mental en Territorios Históricamente Marginados de Colombia

Elaborado por: MSc. Cristian Camilo Díaz Herrera

Fecha: 26/07/2025

## Contenido

1. Antecedentes investigativos	4
2. Marco conceptual	5
3. Objetivos de la encuesta	7
3.1. Objetivo General	7
3.2. Objetivos específicos	7
4. Metodología	8
4.1. Diseño muestral	8
4.1.1. Adaptación metodológica y muestreo por conveniencia	10
4.1.2. Control de sesgos y calidad del dato	10
4.1.3. Limitaciones metodológicas	11
6. Instrumento de recolección de información	12
6.1. Estructura temática del formulario	12
6.2. Validación y pilotaje	15
6.3. Análisis de Fiabilidad	15
6.4. Modo de aplicación	17
7. Procesamiento y análisis de los datos	17
7.1. Procesamiento de los datos	17

7.2.	Análisis estadístico	18
7.2.1.	Análisis univariado	18
7.2.2.	Análisis bivariado	19
7.2.3.	Análisis multivariado	20
8.	Resultados	20
8.1.	Análisis Univariado	20
8.1.1.	Caracterización sociodemográfica	21
8.1.2.	Determinantes sociales y estructurales	23
8.1.3.	Sistema de Salud	25
8.1.4.	Territorio, cultura y género	26
8.1.5.	Estado emocional y síntomas comunes	27
8.1.6.	Conocimiento y ejercicio de derechos y políticas públicas en salud mental	29
8.1.7.	Conocimiento de Estrategias Comunitarias	30
8.1.8.	Condición de salud mental	31
8.1.9.	Barreras percibidas	32
8.1.10.	Acceso y Atención a Servicios de Salud Mental	34
8.2.	Análisis Bivariado	36
8.2.1.	Determinantes sociales y estructurales	37
8.2.2.	Territorio, cultura y género	41
8.2.3.	Estado emocional y síntomas comunes	48
8.2.4.	Conocimiento y ejercicio de derechos y políticas públicas en salud mental	57
8.2.5.	Conocimiento de Estrategias Comunitarias	58
8.2.6.	Barreras percibidas	61
8.2.7.	Acceso y Atención a Servicios de Salud Mental	64
8.3.	Multivariada	65
9.	Conclusiones	65

## 1. Antecedentes investigativos

El reconocimiento de la salud mental como un derecho fundamental ha sido un proceso gradual en Colombia, impulsado por marcos normativos, estudios poblacionales y plataformas de monitoreo. La Ley 1616 de 2013 constituyó un punto de inflexión al declarar la salud mental como prioridad de salud pública y bien de interés común, y al establecer que el Estado debe garantizar atención integral e integrada en salud mental, incluyendo acciones de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación e inclusión social. La ley incorpora un enfoque de derechos, territorial y poblacional por ciclo vital, y hace especial énfasis en la protección de niños, niñas y adolescentes, población históricamente desatendida en estos temas.

Entre sus aportes clave se encuentra la obligación de integrar la salud mental en los planes de beneficios del Sistema General de Seguridad Social en Salud, incluyendo terapias individuales, familiares y comunitarias, así como la articulación con sectores como educación, justicia y trabajo para abordar determinantes psicosociales. Además, la ley promueve la participación social en la formulación de políticas, y el desarrollo de investigaciones para fortalecer la toma de decisiones en esta área.

Por su parte, la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 constituye la fuente de referencia más importante en el país para comprender la magnitud y características de los trastornos mentales y las barreras de acceso a la atención. Este estudio encontró que un porcentaje alarmantemente alto de personas con algún trastorno no accede a servicios de salud (hasta un 94,7 % en algunos casos), y que los trastornos de ansiedad, depresión y consumo problemático de sustancias son altamente prevalentes, especialmente en adolescentes y jóvenes.

La encuesta también evidenció serias dificultades en el acceso a los servicios, derivadas de barreras geográficas, financieras, culturales y actitudinales, que afectan de manera desproporcionada a las regiones rurales y apartadas del país. Además, resaltó la necesidad de intervenciones con enfoque diferencial, debido a la mayor frecuencia de trastornos en niñas y mujeres, víctimas de violencia y

poblaciones excluidas. En materia de suicidio, se identificó que el 37,6 % de los adolescentes con ideación suicida había realizado al menos un intento, subrayando la urgencia de estrategias preventivas eficaces.

Finalmente, el Observatorio Nacional de Equidad en Salud (ONES), liderado por el Instituto Nacional de Salud, proporciona fichas técnicas e indicadores clave que permiten monitorear la salud mental desde un enfoque de desigualdad social. Entre los indicadores relevantes se destacan la tasa de intento de suicidio, tasa ajustada de mortalidad por lesiones autoinfligidas, morbilidad por depresión, y el consumo de sustancias psicoactivas. Estos indicadores están desagregados por variables como sexo, grupo etario, área de residencia y departamento, lo cual facilita su uso en análisis territoriales como el que se propone en esta investigación.

En conjunto, estas fuentes establecen un marco normativo y empírico robusto que justifica la necesidad de estudios regionales sobre salud mental. En particular, permiten evidenciar que los territorios históricamente marginados –como Chocó, La Guajira, Caquetá, Guainía, Vaupés y Amazonas– no solo presentan condiciones estructurales de exclusión, sino también una baja visibilidad en las estadísticas nacionales, lo cual obstaculiza la formulación de políticas con enfoque territorial y diferencial.

## 2. Marco conceptual

### Salud mental

La salud mental es entendida como un componente integral y esencial del bienestar general de las personas. Según la Ley 1616 de 2013, se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento, la interacción social y la capacidad de las personas para desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para vivir, trabajar, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.

Esta concepción trasciende la ausencia de trastornos mentales e incorpora la promoción de capacidades individuales y colectivas para enfrentar los desafíos de la vida, fortaleciendo así la calidad de vida. La ley resalta que la salud mental es de interés y prioridad nacional, y un derecho fundamental cuya garantía requiere

acciones articuladas en promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación, tanto en el ámbito clínico como social.

### **Enfoque territorial**

El enfoque territorial parte del reconocimiento de que las condiciones de vida, el acceso a servicios, los determinantes sociales y la respuesta institucional varían significativamente según el contexto geográfico. Este enfoque permite comprender que los fenómenos en salud mental no se distribuyen homogéneamente, sino que están profundamente influenciados por la desigualdad histórica, la ruralidad, la debilidad institucional y el conflicto armado en algunas regiones del país.

La Ley 1616 y el Observatorio Nacional de Equidad en Salud coinciden en la necesidad de diseñar acciones adaptadas a las realidades de cada territorio, priorizando los departamentos más marginados. Por ello, un análisis con enfoque territorial busca visibilizar las disparidades regionales en salud mental y orientar políticas públicas más equitativas y eficaces.

### **Enfoque diferencial**

El enfoque diferencial reconoce que factores como la edad, el género, la etnia, la orientación sexual, la condición de discapacidad y el ciclo de vida influyen en la manera como las personas experimentan la salud mental, acceden a los servicios y enfrentan los trastornos. La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 mostró, por ejemplo, que las mujeres, los jóvenes y las poblaciones indígenas presentan mayores niveles de sufrimiento emocional, mayor exposición a violencias y menores tasas de atención efectiva.

Este enfoque exige que las políticas, programas y servicios en salud mental reconozcan y respondan a estas diferencias, promoviendo la equidad y la pertinencia cultural. Además, implica garantizar condiciones de accesibilidad física, económica, institucional y simbólica para todos los grupos poblacionales, especialmente aquellos históricamente discriminados o invisibilizados.

### **Derechos en salud mental**



La Ley 1616 establece un catálogo de derechos específicos en el ámbito de la salud mental, que incluyen el acceso a una atención humanizada, especializada y continua; el derecho al consentimiento informado; la confidencialidad; la no discriminación; la participación en decisiones sobre su tratamiento; y la inclusión educativa, laboral y social de las personas con trastornos mentales.

Desde esta perspectiva, la salud mental no solo es una condición médica, sino también un derecho humano exigible, cuya garantía requiere la corresponsabilidad del Estado y la eliminación de barreras estructurales que impiden su realización plena, especialmente en territorios marginados.

### 3. Objetivos de la encuesta

#### 3.1. Objetivo General

Investigar, visibilizar y contextualizar las múltiples dimensiones de la salud mental en territorios históricamente marginados de Colombia, con especial énfasis en Chocó, La Guajira, Caquetá, Guainía, Vaupés y Amazonas, a través de un enfoque territorial, diferencial y de derechos, que permita comprender las causas estructurales, las brechas institucionales y las respuestas comunitarias frente a esta crisis silenciosa.

#### 3.2. Objetivos específicos

- Contextualizar la salud mental como un derecho vulnerado en territorios históricamente marginados, reconociendo las implicaciones sociales, culturales y políticas que han impedido su garantía efectiva.
- Visibilizar las desigualdades estructurales que inciden en los trastornos mentales, mediante el análisis de factores como pobreza, conflicto armado, racismo, abandono estatal y exclusión territorial.
- Documentar, desde una perspectiva estadística, las tasas de intento de suicidio y los diagnósticos más frecuentes de salud mental en los departamentos de Chocó, La Guajira, Caquetá, Guainía, Vaupés y Amazonas, con el fin de identificar patrones y tendencias relevantes.

- Explorar las principales barreras de acceso a los servicios de salud mental en las regiones focalizadas, considerando aspectos como cobertura del sistema de salud, oferta institucional, accesibilidad geográfica, pertinencia cultural y estigmatización.

## 4. Metodología

La presente investigación adopta un enfoque metodológico cuantitativo con el objetivo de caracterizar estadísticamente las múltiples dimensiones de la salud mental en territorios históricamente marginados de Colombia. Este enfoque permite identificar patrones, tendencias y desigualdades a partir del análisis de datos estructurados, ofreciendo una base empírica sólida para la comprensión de fenómenos complejos asociados a la salud mental en contextos de alta vulnerabilidad social y territorial.

El análisis se desarrollará a partir de fuentes secundarias provenientes de registros administrativos e institucionales relacionados con salud mental, tales como tasas de intento de suicidio, diagnósticos más frecuentes y variables contextuales por departamento. Estas fuentes permitirán elaborar indicadores comparables entre los territorios priorizados –Chocó, La Guajira, Caquetá, Guainía, Vaupés y Amazonas– y evidenciar brechas en la atención, cobertura y respuesta institucional.

La selección de un enfoque cuantitativo responde a la necesidad de visibilizar la magnitud del problema y de sustentar con evidencia numérica la existencia de desigualdades estructurales en el acceso, reconocimiento y tratamiento de los trastornos mentales. Si bien este estudio no incorpora técnicas cualitativas, en la fase de discusión los hallazgos serán puestos en diálogo con antecedentes investigativos clave, como la Encuesta Nacional de Salud Mental y otros estudios académicos y técnicos relevantes, con el fin de enriquecer la interpretación de los resultados desde una perspectiva contextual y crítica.

### 4.1. Diseño muestral

El diseño metodológico de esta investigación contempló inicialmente un enfoque probabilístico con el fin de garantizar la representatividad de los datos recolectados y la validez estadística de los hallazgos. En este sentido, se propuso un diseño muestral estratificado con muestreo aleatorio simple, en el que los estratos correspondían a ocho municipios ubicados en seis departamentos históricamente marginados de Colombia: Chocó, La Guajira, Caquetá, Guainía, Vaupés y Amazonas.

La selección de los municipios respondió a criterios de vulnerabilidad estructural, representación geográfica y presencia territorial de redes comunitarias articuladas a la Fundación para la Libertad de Prensa (FLIP). El cálculo del tamaño de muestra en cada municipio se realizó siguiendo la metodología de Murray y Larry (2005), considerando los siguientes parámetros estadísticos:

- Nivel de confianza (alfa): 0,05
- Poder estadístico (1 - beta): 92,5 % (beta = 0,075)
- Proporción estimada: 0,20 (tomada de la prevalencia de vida de cualquier trastorno mental, según la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015)

Este diseño partía de la base de contar con una población objetivo conformada por personas mayores de 14 años, y de la disponibilidad de proyecciones poblacionales actualizadas del DANE para el año 2025 a nivel municipal. Bajo estas condiciones, se obtuvo una distribución de tamaños de muestra ajustados proporcionalmente a la población de cada municipio, tal como se presenta en la siguiente tabla:

Tabla 1. Tamaños de muestra por municipio (proyección poblacional 2025)

DEPARTAMENTO	MUNICIPIO	Total población 2025	Tamaño de muestra
Chocó	Bojayá	13.935	108
La Guajira	Fonseca	51.998	109
La Guajira	San Juan del Cesar	56.829	109
Guainía	Inírida	38.767	109
Vaupés	Mitú	35.749	109
Chocó	Quibdó	146.875	112
Caquetá	San Vicente del Caguán	54.932	109
Amazonas	Leticia	55.691	109

La estrategia de estratificación por municipio permitió diseñar una muestra heterogénea, adaptada a las condiciones poblacionales y geográficas de cada territorio, con el objetivo de recoger información cuantitativa que posibilitara el

#### 4.1.1. Adaptación metodológica y muestreo por conveniencia

A pesar del diseño probabilístico inicial, en la implementación del trabajo de campo se presentaron limitaciones logísticas, presupuestales y operativas que impidieron el desarrollo de un muestreo aleatorio simple estricto. Entre estas barreras se encontraron:

- La ausencia de un marco muestral actualizado y georreferenciado, especialmente en zonas rurales dispersas.
- Las dificultades de acceso geográfico en territorios selváticos o de difícil movilidad.
- La inseguridad en algunas zonas y la falta de conectividad para contactar previamente a las personas seleccionadas aleatoriamente.

En este contexto, se adoptó finalmente un muestreo no probabilístico por conveniencia, apoyado en las redes comunitarias locales de la FLIP, lo cual permitió establecer puntos de contacto en cada municipio y desarrollar las encuestas con una muestra voluntaria, respetando criterios de diversidad etaria, de género y de procedencia geográfica (urbano/rural).

Para mitigar el sesgo introducido por esta estrategia no aleatoria, se definió un tamaño de muestra uniforme de 160 personas por municipio, superando en todos los casos el tamaño mínimo inicialmente estimado. Esta decisión buscó fortalecer la base empírica del estudio y garantizar una mayor cobertura, particularmente en zonas donde los servicios de salud mental son escasos, inexistentes o culturalmente inapropiados.

#### 4.1.2. Control de sesgos y calidad del dato

Con el fin de reducir errores no muestrales y sesgos de implementación, se aplicaron las siguientes estrategias:

- Capacitación rigurosa a los equipos encuestadores, con énfasis en sensibilización intercultural.
- Diseño y aplicación de cuestionarios culturalmente pertinentes, validados previamente.
- Supervisión activa en campo y revisión sistemática de los formularios diligenciados.
- Estrategias específicas para reducir la no respuesta, como visitas múltiples y trabajo con líderes comunitarios.

#### 4.1.3. Limitaciones metodológicas

A pesar del esfuerzo por lograr un diseño técnicamente robusto, esta investigación presenta algunas limitaciones que deben ser tenidas en cuenta al interpretar los resultados:

1. No aleatoriedad de la muestra final: El cambio de un diseño probabilístico a uno por conveniencia limita la posibilidad de generalizar los hallazgos a toda la población del municipio o del departamento.
2. Posible sesgo de autoselección: La participación voluntaria pudo haber sesgado los resultados hacia personas con mayor interés o disponibilidad, o con experiencias particulares frente a la salud mental.
3. Ausencia de marco muestral completo: No contar con un listado poblacional actualizado dificultó la segmentación inicial por sectores o veredas.
4. Desigualdad en la distribución rural-urbana: En algunos municipios, factores logísticos y de seguridad limitaron el acceso a zonas rurales, lo que podría subrepresentar la experiencia de estas poblaciones.
5. Condicionamientos institucionales: La cercanía con redes comunitarias o con instituciones aliadas podría haber influido en las respuestas, pese a los esfuerzos por garantizar anonimato y neutralidad.

Pese a estas limitaciones, el estudio representa un aporte sustantivo a la comprensión estadística de la salud mental en territorios marginados, y constituye un



insumo valioso para el diseño de políticas públicas con enfoque diferencial y territorial.

## 6. Instrumento de recolección de información

La recolección de información para este estudio se realizó a través de un formulario estructurado digital desarrollado en la plataforma Google Forms con un total de 58 preguntas, titulado Encuesta FLIP de Salud Mental 2025. Este instrumento fue diseñado específicamente para abordar las múltiples dimensiones de la salud mental en territorios históricamente marginados de Colombia, con énfasis en los municipios seleccionados de los departamentos de Chocó, La Guajira, Caquetá, Guainía, Vaupés y Amazonas.

El diseño del instrumento respondió a un enfoque territorial, diferencial y de derechos, orientado a capturar información no solo sobre la condición clínica de los participantes, sino también sobre los determinantes sociales, las barreras estructurales, el acceso a servicios y las respuestas comunitarias frente a la salud mental. Su desarrollo fue guiado por principios de pertinencia cultural, lenguaje inclusivo y accesibilidad.

### 6.1. Estructura temática del formulario

El formulario se organizó en once capítulos, cada uno con un objetivo específico y un conjunto de preguntas que permiten una caracterización integral de las condiciones y percepciones de la población encuestada:

#### Capítulo 1. Datos sociodemográficos

Objetivo: Recoger información básica que permita caracterizar a los encuestados en términos de edad, sexo asignado al nacer, identidad de género, orientación sexual, nivel educativo, ocupación, estrato socioeconómico, zona de residencia (urbana o rural) y pertenencia étnica. Estos datos son esenciales para analizar la distribución de las condiciones de salud mental según variables demográficas y para aplicar un

enfoque diferencial que considere las desigualdades por edad, género, etnicidad o ubicación geográfica.

## Capítulo 2. Determinantes sociales y estructurales

Objetivo: Identificar los factores sociales, económicos, políticos y culturales que inciden negativamente en la salud mental de las personas. Se incluyen experiencias relacionadas con pobreza, violencia, racismo, desplazamiento forzado, desempleo, discriminación, falta de acceso a salud o educación, consumo de sustancias y uso problemático de redes sociales. Este capítulo busca visibilizar las condiciones estructurales que reproducen sufrimiento psicosocial en los territorios y poblaciones marginadas.

## Capítulo 3. Sistema de salud

Objetivo: Explorar la afiliación de las personas al Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS), su régimen (contributivo, subsidiado, especial o ninguno) y la modalidad de atención más frecuente (salud occidental, medicina tradicional, mixta, etc.). Este capítulo también permite evaluar la percepción de cobertura y el reconocimiento de los derechos básicos en salud mental. La información recolectada permitirá identificar inequidades en el acceso según el tipo de afiliación y su relación con la garantía efectiva del derecho a la salud mental.

## Capítulo 4. Territorio, cultura y género

Objetivo: Analizar cómo las condiciones territoriales (distancia a servicios, medios de transporte disponibles), culturales (uso del idioma propio, pertinencia de los tratamientos) y de género (identidad, expresión y orientación sexual) afectan el acceso, uso y calidad de los servicios de salud mental. Se busca visibilizar las brechas en la atención, los episodios de discriminación y la percepción de exclusión, especialmente en personas con identidades de género diversas, indígenas o en zonas rurales remotas.

## Capítulo 5. Estado emocional y síntomas comunes

Objetivo: Explorar el estado emocional subjetivo de las personas en el momento de la encuesta, así como la presencia de síntomas comunes como tristeza, desesperanza, desánimo, pensamientos autolesivos, ansiedad, irritabilidad o alteraciones del sueño. Esta sección permite aproximarse al nivel de malestar psicológico auto-percibido y su impacto en la vida cotidiana de los participantes (familia, trabajo, estudio, comunidad).

#### Capítulo 6. Conocimiento y ejercicio de derechos y políticas públicas

Objetivo: Indagar en qué medida las personas conocen sus derechos en salud mental, las rutas de atención prioritaria, líneas de emergencia o mecanismos institucionales para situaciones de crisis emocional. Este capítulo evalúa el grado de apropiación de las políticas públicas existentes, como la Ley 1616 de 2013, y la capacidad de exigibilidad de los derechos reconocidos formalmente, especialmente en territorios donde el acceso a la información es limitado.

#### Capítulo 7. Conocimiento de estrategias comunitarias

Objetivo: Identificar los recursos y redes de apoyo existentes en la comunidad que abordan la salud mental, como organizaciones sociales, defensoras de derechos humanos, espacios colectivos, actividades de prevención y la participación de líderes comunitarios. Se busca visibilizar las capacidades locales, la confianza depositada en las iniciativas comunitarias y su complementariedad o tensión con los servicios institucionales.

#### Capítulo 8. Condición de salud mental

Objetivo: Caracterizar la situación actual de salud mental de los encuestados mediante preguntas sobre síntomas persistentes, tratamientos con médicos tradicionales, diagnóstico formal por parte de profesionales, y seguimiento en servicios especializados. Este capítulo permite establecer una línea de base sobre prevalencia de condiciones clínicas, atención recibida y articulación entre saberes biomédicos y ancestrales.

#### Capítulo 9. Diagnóstico y tratamiento

Objetivo: Documentar los diagnósticos específicos recibidos por los encuestados, los tratamientos actuales (farmacológicos, tradicionales, espirituales, etc.), la adherencia terapéutica y la percepción de continuidad en la atención. Se exploran también factores como la frecuencia de toma de medicamentos, presencia de estigmas y barreras sociales que influyen en la continuidad del tratamiento.

#### Capítulo 10. Barreras percibidas

Objetivo: Visibilizar los obstáculos que enfrentan las personas para acceder o continuar en tratamientos de salud mental, tales como estigmatización, rechazo social, dificultades económicas, falta de profesionales, distancias geográficas, barreras culturales o lingüísticas. Esta información es fundamental para el diseño de políticas públicas culturalmente sensibles y territorialmente adaptadas.

#### Capítulo 11. Acceso y atención a servicios de salud mental

Objetivo: Evaluar la calidad de la atención en salud mental desde la experiencia del usuario, considerando factores como tiempo de espera para la primera cita, frecuencia de controles, entrega oportuna de medicamentos y necesidad de traslado intermunicipal para recibir atención. Se incluyen preguntas sobre interrupciones involuntarias en los tratamientos y su impacto en la salud de las personas, buscando así comprender las dimensiones de continuidad, oportunidad y equidad en el acceso.

### 6.2. Validación y pilotaje

El instrumento fue revisado por expertos en investigación social y actores comunitarios aliados en los territorios. Se realizaron ajustes para garantizar la claridad de las preguntas, su pertinencia lingüística y cultural, así como la sensibilidad frente a temas potencialmente delicados como violencia, identidad de género y salud emocional.

Aunque no se aplicó un piloto formal a gran escala, se implementaron versiones preliminares en ejercicios de socialización con comunidades locales para recibir retroalimentación sobre la comprensión de los ítems, lo que permitió mejorar la redacción y secuenciación del formulario final.

### 6.3. Análisis de Fiabilidad

Aunque el objetivo principal de esta encuesta no es de naturaleza psicométrica<sup>1</sup>, y la mayoría de las variables incluidas en el instrumento son categóricas no ordinales, se consideró pertinente realizar un análisis exploratorio de fiabilidad interna sobre el conjunto de preguntas de tipo ordinal, particularmente aquellas que evalúan síntomas emocionales, percepciones de salud mental y acceso a servicios, con escalas que permiten una interpretación secuencial o jerárquica de las respuestas.

Para este análisis se empleó el coeficiente alfa de Cronbach, una medida estadística comúnmente utilizada para evaluar la consistencia interna de un conjunto de ítems que pretenden medir una misma dimensión o constructo. El análisis se restringió a las variables ordinales del instrumento, agrupadas bajo un mismo criterio de escala, y se realizó mediante eliminación por lista (listwise deletion), lo que implicó excluir los casos con datos faltantes en cualquiera de las variables analizadas.

El resultado obtenido fue un alfa de Cronbach de 0,876 sobre un total de 65 ítems, lo cual indica un nivel alto de consistencia interna entre los ítems considerados. Cabe destacar que este resultado se basa únicamente en 108 casos válidos (8,3% de la muestra total), debido a la cantidad de datos faltantes en las preguntas de escala ordinal, lo que limita su generalización, pero ofrece una indicación preliminar de la coherencia interna del bloque correspondiente.

Este ejercicio de fiabilidad se presenta como un complemento metodológico, y no como una validación estructural del instrumento, ya que la encuesta fue diseñada con fines descriptivos y analíticos sobre fenómenos sociales y comunitarios, no como una escala estandarizada para medir constructos psicológicos. No obstante, los resultados respaldan la consistencia de las respuestas en las secciones donde se

---

<sup>1</sup> El instrumento utilizado en esta investigación no fue concebido ni aplicado con fines psicométricos ni como escala estandarizada para medir constructos psicológicos. Su diseño tuvo un propósito fundamentalmente descriptivo y analítico, orientado a capturar múltiples dimensiones sociales, institucionales y comunitarias de la salud mental en contextos específicos. No obstante, se incluyó un análisis exploratorio de fiabilidad (alfa de Cronbach) sobre un subconjunto de ítems ordinales como insumo adicional para evaluar la consistencia interna de las respuestas en algunas secciones del formulario. Este análisis no implica validación estructural del instrumento.

utilizaron escalas ordinales, y fortalecen la calidad del dato recolectado en esos segmentos.

#### 6.4. Modo de aplicación

La encuesta fue aplicada presencialmente por encuestadores locales capacitados y por periodistas de la red de apoyo de la FLIP, utilizando dispositivos móviles con acceso al formulario digital. Esta estrategia permitió una mayor cercanía con las comunidades y facilitó la superación de barreras de desconfianza o desconocimiento tecnológico. En el caso particular de Quibdó, se implementó la encuesta mediante el software KoboToolbox por parte del personal y de forma independiente en el territorio, esto debido a problemas de conectividad a internet.

### 7. Procesamiento y análisis de los datos

El procesamiento y análisis de los datos obtenidos a través del instrumento de recolección se realizó utilizando el software estadístico SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) Versión 22, mediante el uso de sintaxis estructuradas para garantizar trazabilidad, reproducibilidad y control de calidad en cada etapa del análisis. Por otra parte, el análisis multivariado se realizó en el software estadístico R versión 4.4.3.

#### 7.1. Procesamiento de los datos

El tratamiento inicial de la base de datos incluyó las siguientes fases:

1. Renombramiento de variables: Se asignaron nombres abreviados, estandarizados y consistentes a cada una de las variables del formulario para facilitar su interpretación y análisis estadístico.

2. Dicotomización de preguntas de respuesta múltiple: Las preguntas con opción de respuesta múltiple (por ejemplo, “¿Cuáles factores han afectado su salud mental?”) fueron transformadas en variables dicotómicas (0 = no seleccionado, 1 = seleccionado), creando un conjunto de variables para cada opción de respuesta.
3. Tratamiento de respuestas abiertas tipo “Otro, ¿cuál?”: Estas respuestas fueron revisadas una a una, y en los casos pertinentes, recategorizadas dentro de las opciones existentes o se crearon nuevas categorías para las respuestas más frecuentes que no estaban contempladas inicialmente.
4. Gestión de datos faltantes: Se identificaron y documentaron los valores perdidos. En función del tipo de variable y del patrón de omisión, se decidió entre excluir los casos en análisis específicos o imputarlos mediante reglas básicas (por ejemplo, asignación de “No sabe/No responde” en variables cualitativas cuando se identificó ausencia sistemática).
5. Definición de conjuntos de respuestas múltiples: En SPSS, se establecieron conjuntos de respuestas múltiples para preguntas con opciones seleccionables de manera simultánea, permitiendo su análisis adecuado en frecuencias y cruces.
6. Reetiquetado de categorías: Se procedió a la recodificación y armonización de las etiquetas de valor para asegurar la coherencia terminológica en todo el conjunto de datos, con el fin de facilitar su lectura y uso en tablas, gráficos y análisis posteriores.

## 7.2. Análisis estadístico

El análisis estadístico de la información recolectada fue diseñado para ofrecer una visión integral de los patrones y relaciones entre variables individuales, demográficas, sociales y contextuales que afectan la salud mental de las personas en territorios históricamente marginados. El análisis se estructuró en tres niveles progresivos: univariado, bivariado y multivariado, en correspondencia con los objetivos exploratorios, descriptivos y analíticos del estudio.

En esta primera fase se caracterizaron de manera independiente todas las variables incluidas en el instrumento, utilizando medidas descriptivas como: (i) Frecuencias absolutas y relativas (porcentajes) para variables cualitativas o categóricas. (ii) Tendencias centrales (media, mediana) y dispersión (rango, desviación estándar) para variables numéricas cuando aplicó.

Este análisis permitió establecer un perfil sociodemográfico de la población encuestada, así como estimar la frecuencia de síntomas emocionales, diagnósticos clínicos, barreras de acceso y nivel de conocimiento sobre derechos en salud mental, entre otros temas clave.

### 7.2.2. Análisis bivariado

Posteriormente, se realizó un análisis bivariado que consistió en cruzar las principales variables del cuestionario con las nueve variables sociodemográficas y con los antecedentes de victimización por hechos violentos. Las variables sociodemográficas incluidas fueron:

1. Rango de edad
2. Sexo asignado al nacer
3. Identidad de género
4. Orientación sexual
5. Nivel educativo alcanzado
6. Ocupación principal
7. Zona de residencia (urbana/rural)
8. Grupo étnico de pertenencia
9. Estrato socioeconómico declarado

Este nivel de análisis permitió identificar diferencias en la prevalencia de síntomas, diagnósticos, percepción de la atención y barreras según subgrupos poblacionales. Se

emplearon tablas de contingencia, pruebas de independencia como el Chi-cuadrado ( $\chi^2$ ) y se analizaron distribuciones relativas para detectar asociaciones relevantes entre variables categóricas.

### 7.2.3. Análisis multivariado

Con el objetivo de profundizar en la identificación de patrones y estructuras subyacentes en los datos, se realizará un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM), una técnica estadística multivariada adecuada para datos categóricos que permite representar gráficamente las relaciones entre diferentes categorías de variables cualitativas.

El ACM será aplicado sobre un conjunto de variables seleccionadas por su relevancia analítica y valor explicativo en los resultados preliminares. Estas incluyen:

- Variables sobre síntomas emocionales y diagnósticos clínicos.
- Condiciones de acceso y barreras percibidas en los servicios de salud mental.
- Experiencias de atención culturalmente pertinente.
- Percepciones sobre el impacto del conflicto armado y desigualdades territoriales.
- Variables de victimización y antecedentes de violencia.

El propósito del ACM será identificar perfiles de respuesta o agrupaciones de individuos que compartan combinaciones similares de características y experiencias en torno a la salud mental. Esta técnica permitirá representar gráficamente las proximidades entre modalidades de respuesta y construir mapas factoriales interpretativos que visibilicen las relaciones entre subgrupos poblacionales y condiciones estructurales de exclusión o riesgo.

Además de su valor descriptivo, el análisis multivariado será útil para generar hipótesis explicativas, orientar futuras líneas de indagación cualitativa y fundamentar propuestas de política pública adaptadas a los perfiles identificados.

## 8. Resultados

### 8.1. Análisis Univariado

La muestra del estudio estuvo conformada por 1.297 personas mayores de 14 años, encuestadas en ocho municipios pertenecientes a seis departamentos priorizados por sus condiciones históricas de marginación: Chocó, La Guajira, Caquetá, Guainía, Vaupés y Amazonas. La distribución por municipio fue proporcional, lo que permitió una cobertura territorial balanceada y representativa de la diversidad regional: Inírida concentró el mayor número de encuestas (13,0%), seguido por Mitú (12,8%), San Vicente del Caguán (12,6%), Quibdó (12,5%), Bojayá y Leticia (12,3%) cada uno, San Juan del Cesar (12,3%) y Fonseca (12,2%). Esta distribución garantiza una representación equilibrada entre regiones urbanas, rurales y de difícil acceso geográfico.

#### 8.1.1. Caracterización sociodemográfica

Desde el punto de vista etario, la muestra está compuesta principalmente por personas entre 18 y 44 años (61,1%), seguidas por adultos entre 45 y 65 años (24,7%) y jóvenes entre 14 y 17 años (11,3%). Las personas mayores de 65 años representaron una proporción menor (2,9%), lo cual refleja una población predominantemente joven-adulta.

En relación con el sexo asignado al nacer, el 53,6% de las personas fueron mujeres y el 46,1% hombres, con una pequeña proporción intersexual (0,3%). Al observar la identidad de género actual, el 53,3% se identifica como mujer, el 45,0% como hombre y un 1,7% con identidades de género diversas (transgénero, no binario o no respondió), reflejando diversidad de género en la población encuestada.

La mayoría de los participantes se identificó como heterosexual (89,0%), mientras que un 5,5% prefirió no responder y el resto se distribuyó entre orientaciones homosexual, bisexual, pansexual y asexual.

Respecto al nivel educativo alcanzado, el 27,7% tenía formación técnica o tecnológica, seguido por un 25,0% con educación media (10°-11°), y un 15,8% con formación universitaria. Solo un 4,7% reportó no haber asistido nunca a la escuela. Esto evidencia avances importantes en cobertura educativa, aunque con oportunidades de mejora en educación superior.

En cuanto a la ocupación principal, el 28,8% se encontraba empleado, el 22,8% eran estudiantes y el 21,7% trabajadores independientes. Un 12,8% declaró estar desempleado y el 11,2% realizaba trabajo doméstico o de cuidado no remunerado, lo que pone de manifiesto la presencia de condiciones laborales informales o precarias.

En el aspecto socioeconómico, más del 80% de los encuestados vivía en estratos 1 o 2, reflejando altos niveles de vulnerabilidad económica. Un 11,2% se ubicaba en estrato 3, mientras que el porcentaje en estratos 4 o 5 fue muy bajo (2,3%). Un pequeño grupo vivía en viviendas sin estrato (2,5%) o desconocía su clasificación (3,5%).

La distribución territorial también muestra que el 62,8% de las personas vivían en zonas urbanas, mientras que el 37,2% residía en zonas rurales, lo que permite analizar desigualdades contextuales entre entornos geográficos diferenciados.

Finalmente, en cuanto a la autoidentificación étnica, el 41,6% se reconoció como indígena, el 17,2% como afrocolombiano(a), raizal o palenquero(a), el 10,8% como mestizo(a), y un 30,4% no se identificó con ningún grupo étnico. Una persona se identificó como gitana - ROM (0,1%).

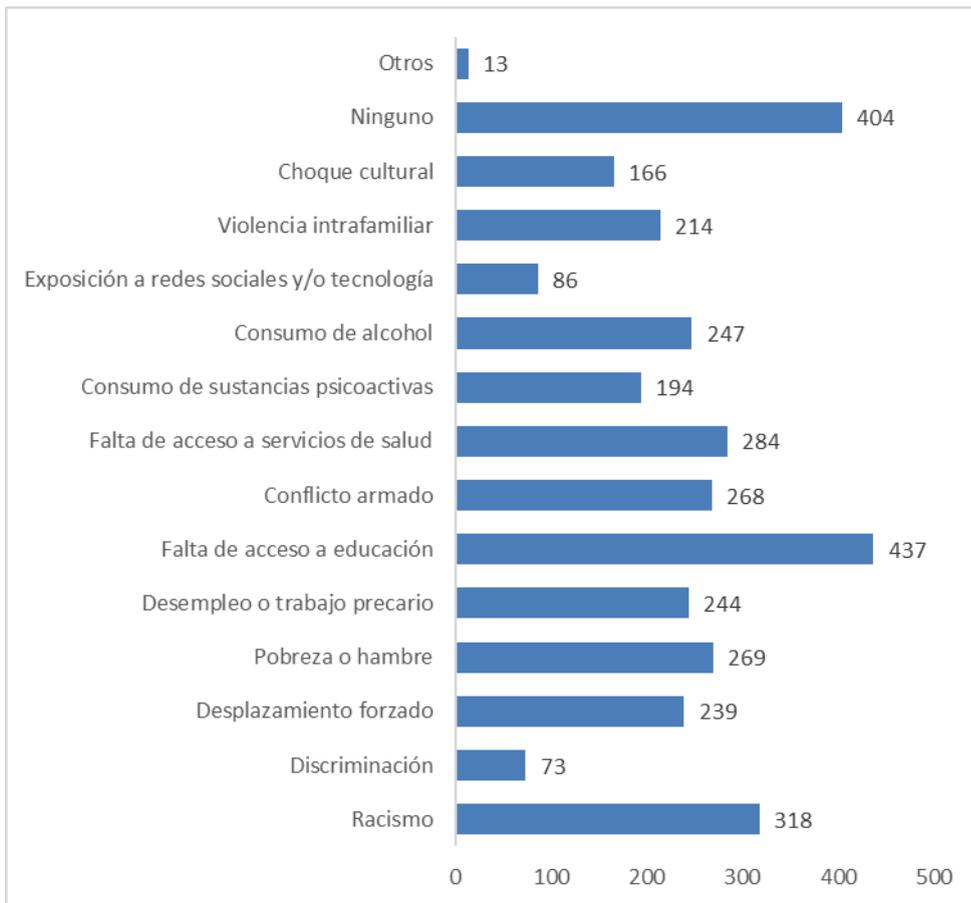
Esta caracterización establece una base sólida para comprender la salud mental en sus dimensiones estructurales y territoriales, permitiendo un análisis con enfoque diferencial que reconozca la diversidad etaria, de género, étnica, territorial y socioeconómica presente en los municipios priorizados.

Pregunta	Respuesta	Personas	Porcentaje
1. ¿Cuál es su rango de edad en años cumplidos?	A. De 14 a 17	146	11,3%
	B. De 18 a 44	793	61,1%
	C. De 45 a 65	321	24,7%
	D. Mayor de 65 años	37	2,9%
2. ¿Cuál es su sexo al nacer?	Masculino	598	46,1%
	Femenino	695	53,6%
	Intersexual	4	,3%
3. ¿Con cuál identidad de género se identifica actualmente?	Mujer	691	53,3%
	Hombre	584	45,0%
	Transgénero	9	,7%
	No binario	4	,3%
	Prefiere no responder	9	,7%
4. ¿Cuál es su orientación sexual?	Heterosexual	0	0,0%
	A. Heterosexual	1154	89,0%
	Homosexual	0	0,0%
	B. Homosexual	31	2,4%
	C. Bisexual	31	2,4%
	D. Panssexual	9	,7%
	E. Asexual	1	,1%
F. Prefiere no responder	71	5,5%	
5. ¿Cuál es el último nivel educativo que terminó?	otros	0	0,0%
	Ninguno / Nunca asistió a la escuela	61	4,7%
	Básica Primaria (1° a 5° grado)	132	10,2%
	Básica Secundaria (6° a 9° grado)	170	13,1%
	Media (10° a 11° grado)	324	25,0%
	Técnico o tecnólogo	359	27,7%
	Profesional universitario	205	15,8%
Posgrado	46	3,5%	

Pregunta	Respuesta	Personas	Porcentaje
6. ¿Cuál es su ocupación principal?	Estudiante	296	22,8%
	Empleado	374	28,8%
	Independiente	282	21,7%
	Trabajo del hogar y/o cuidador(a)	145	11,2%
	Desempleado	166	12,8%
	Otros	34	2,6%
7. ¿Cuál es el estrato socioeconómico de la vivienda en la que usted reside actualmente?	Estrato 1	34	58,3%
	Estrato 2	34	22,3%
	Estrato 3	34	11,2%
	Estrato 4	34	2,1%
	Estrato 5	34	,2%
	Estrato 6	34	0,0%
	Sin estrato desconocido	34	2,5%
8. ¿En qué tipo de zona se encuentra ubicada su vivienda actual?	Rural	34	37,2%
	Urbano	34	62,8%
9. ¿Con cuál grupo étnico se identifica usted?	Indígena	34	41,6%
	Afrocolombiano(a), negro(a), raizal o palenquero(a)	34	17,2%
	Mestizo(a)	34	10,8%
	Gitano(a) – ROM	34	,1%
	Ninguno	34	30,4%

### 8.1.2. Determinantes sociales y estructurales

El análisis univariado sobre los determinantes sociales y estructurales que afectan la salud mental revela una marcada presencia de factores relacionados con la exclusión, la precariedad económica y las violencias estructurales en los territorios analizados. El factor más reportado por las personas encuestadas fue la falta de acceso a la educación (33,7%), seguido por la pobreza o hambre (20,7%), el conflicto armado (20,7%), el desempleo o trabajo precario (18,8%) y el desplazamiento forzado (18,4%). También se destacan la falta de acceso a servicios de salud (21,9%) y la violencia intrafamiliar (16,5%) como factores relevantes que afectan la salud mental de las personas. Llama la atención que un 24,5% reportó haber sido afectado por el racismo, cifra que da cuenta de las formas de discriminación estructural que persisten en estos territorios históricamente marginados. En menor proporción, se reportaron efectos relacionados con el consumo de alcohol (19%), sustancias psicoactivas (15%), choque cultural (12,8%) y exposición a redes sociales y/o tecnología (6,6%). No obstante, un 31,1% de las personas encuestadas indicó no haber experimentado ninguna de las situaciones listadas como factores que afecten su salud mental.



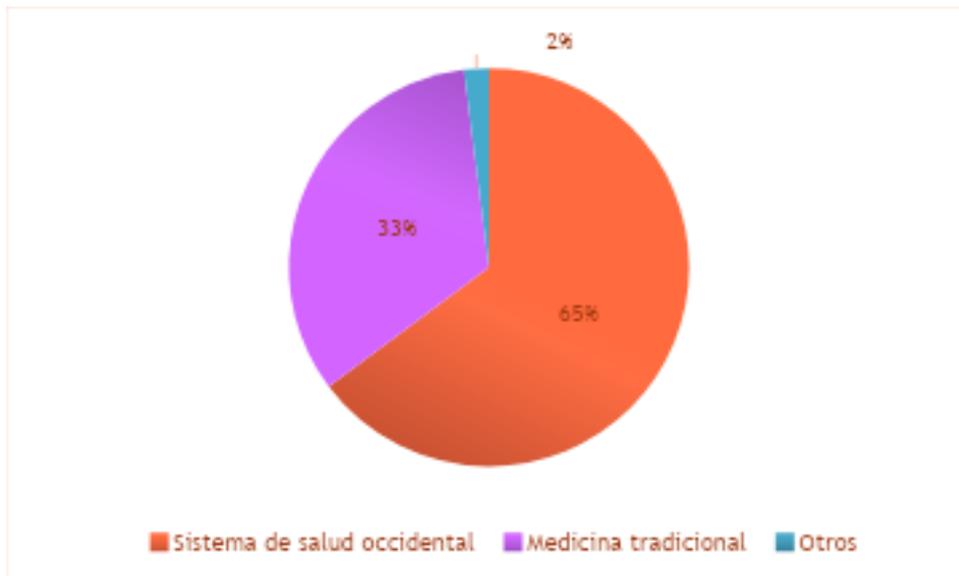
En relación con los hechos de victimización vividos, el desplazamiento forzado fue el evento más reportado (28,2%), seguido por situaciones de violencia intrafamiliar (14,1%), homicidio de un familiar o ser cercano (12,2%) y confinamiento (11,4%). La presencia de minas antipersonal (10,3%) y el suicidio de una persona cercana (9,2%) también emergen como factores de alto impacto emocional y psicológico. Aunque en menor proporción, se registran casos de atentados (6,5%), matoneo (5,9%), desaparición forzada (6,2%) y delitos contra la libertad e integridad sexual (6,2%). Es relevante señalar que un 40,6% de las personas encuestadas manifestó no haber sido víctima de ninguno de estos hechos, mientras que un 7,6% prefirió no responder, lo cual puede estar asociado al carácter sensible de esta información. Estos hallazgos confirman la intersección entre la salud mental y las condiciones estructurales de violencia, pobreza, racismo y exclusión, evidenciando la urgencia de intervenciones diferenciales y con enfoque territorial.



### 8.1.3. Sistema de Salud

El análisis de las condiciones de afiliación y acceso al sistema de salud entre las personas encuestadas revela una amplia cobertura formal en términos de aseguramiento. El 89,3% de las y los participantes manifestó estar afiliado al sistema de salud colombiano, mientras que un 9,9% señaló no estarlo y un 0,8% no supo o no respondió. Sin embargo, esta afiliación no necesariamente garantiza un acceso efectivo y oportuno a los servicios de salud, lo que sugiere la necesidad de examinar más a fondo la calidad del servicio y la percepción de atención recibida.

Respecto al régimen al que pertenecen las personas afiliadas, la mayoría indicó estar en el régimen subsidiado (58,0%), seguido del régimen contributivo (35,5%) y en una proporción significativamente menor, el régimen especial de Fuerzas Militares (0,7%). Además, un 5,8% de la muestra manifestó no pertenecer a ningún régimen de salud. Estos datos reflejan una alta proporción de población en condiciones de vulnerabilidad económica que accede al sistema mediante subsidios del Estado.

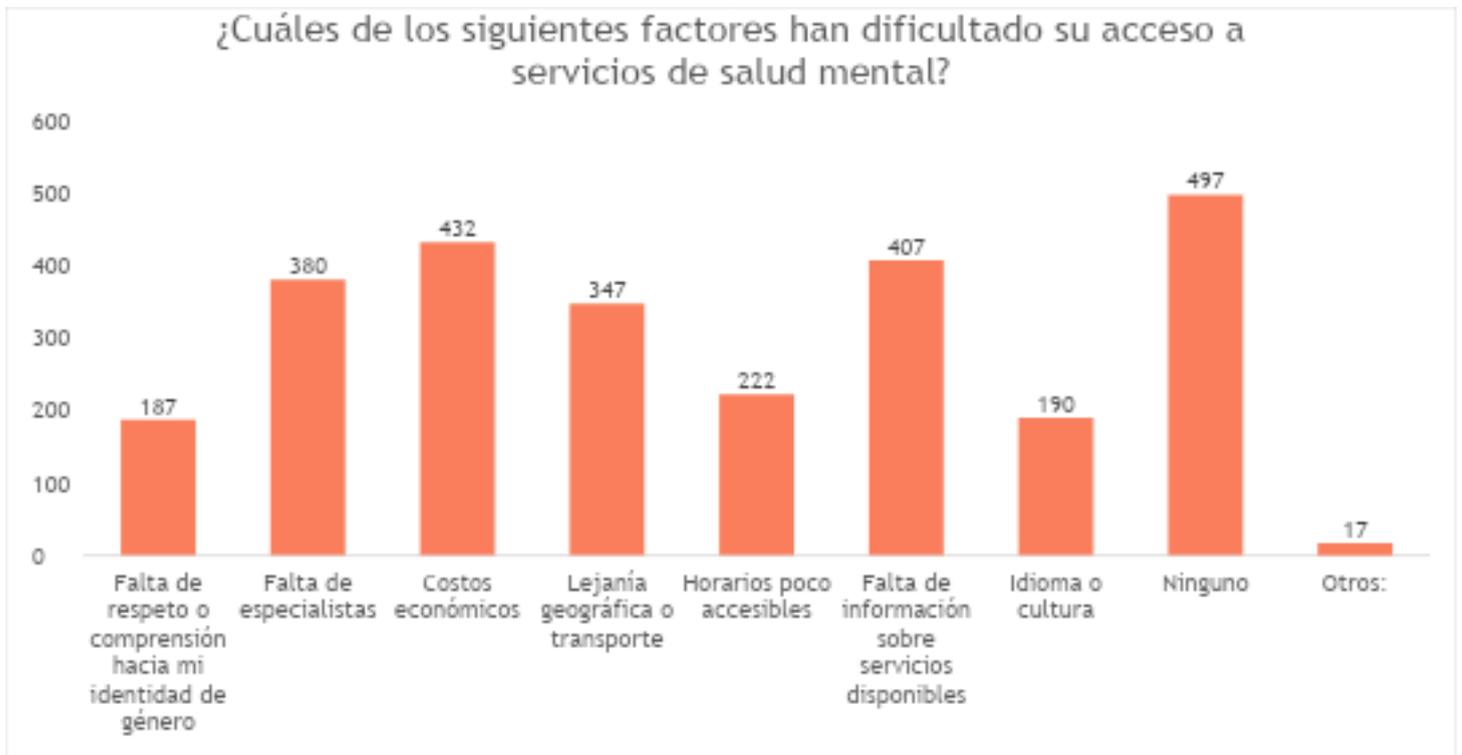


En cuanto a la modalidad de atención más frecuente, el 64,8% de los encuestados afirmó recurrir al sistema de salud occidental, mientras que un 33,2% señaló utilizar principalmente medicina tradicional, lo que evidencia la relevancia de las prácticas médicas ancestrales y comunitarias en los territorios marginados. Solo un 2,0% indicó otras formas de atención. Esta coexistencia de sistemas de atención plantea desafíos importantes en la articulación intercultural de los servicios de salud, especialmente en regiones con fuerte presencia de comunidades étnicas.

#### 8.1.4. Territorio, cultura y género

El acceso a servicios de salud mental en los territorios priorizados presenta múltiples barreras geográficas y estructurales. Aunque el 45,5% de las personas manifestaron que les toma menos de 30 minutos llegar al centro de salud más cercano, un 30,4% reportó demoras superiores a una hora, y un 8,4% indicó que el trayecto puede tomar un día o más. Estas cifras evidencian una importante dispersión territorial y limitaciones de conectividad. En línea con esto, los principales medios de transporte usados para acceder a servicios de salud fueron la moto (49,6%) y el transporte público (22,3%), seguidos de caminata (28,1%) y lancha o canoa (14,8%), lo que refleja la ruralidad y diversidad geográfica de los municipios incluidos.

Desde el enfoque diferencial, se identificó que solo el 22% de quienes han recibido atención en salud mental consideraron que siempre se tuvieron en cuenta sus creencias, costumbres o prácticas culturales, mientras que el 16,2% aseguró que nunca se consideraron. Además, el 42,6% de las personas que han recibido atención lo hicieron completamente en un idioma distinto a su lengua materna. En cuanto al enfoque de género, el 15% manifestó que su identidad de género influyó positivamente en la forma en que fue tratado/a/e al buscar atención en salud mental, mientras que un 13,4% reportó un trato negativo por esta razón. Asimismo, el 28,9% afirmó que en algún momento evitó buscar atención psicológica o psiquiátrica por temor a ser juzgado/a/e por su identidad o expresión de género.

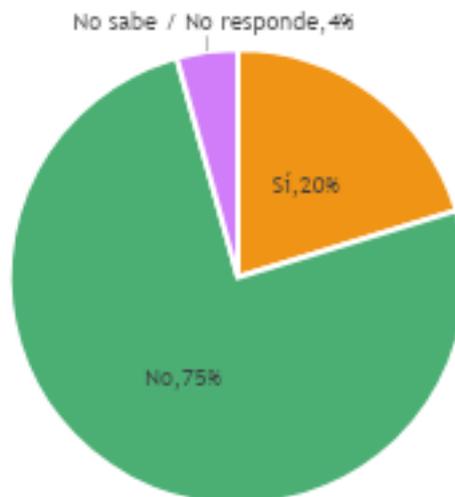


El papel del conflicto armado también emerge como un determinante en la garantía del derecho a la salud mental: el 48,5% cree que ha afectado la disponibilidad o calidad de los servicios en su territorio y un 28,4% ha recibido atención relacionada con afectaciones por el conflicto armado, principalmente a través de organizaciones comunitarias (18,5%). A esto se suma que solo el 10,1% de las personas indicó que hay profesionales de salud mental disponibles permanentemente en su comunidad, mientras que el 20,1% señaló que nunca hay presencia de estos profesionales y el 29,8% dijo desconocerlo.

### 8.1.5. Estado emocional y síntomas comunes

El análisis del estado emocional de las personas encuestadas revela una alta prevalencia de síntomas emocionales asociados a malestar psicológico. El 44,9% manifestó haber sentido tristeza o desánimo de forma ocasional, mientras que un 21,7% lo experimenta con frecuencia. En contraste, solo el 9,1% respondió que no ha sentido tristeza, lo que indica que al menos dos de cada tres personas han atravesado episodios de tristeza en algún momento reciente. Estos resultados sugieren un contexto emocional complejo que afecta significativamente el bienestar subjetivo de la población.

#### ¿Ha tenido pensamientos de hacerse daño o acabar con su vida?



Por otra parte, el 20,3% de los y las encuestadas afirmó haber tenido pensamientos de hacerse daño o acabar con su vida, un dato particularmente alarmante que evidencia una carga importante de sufrimiento emocional y posibles síntomas depresivos severos. Además, al explorar en qué medida las emociones afectan la vida diaria (trabajo, estudio, familia), se encontró que un 50,7% se ubicó en valores medios o altos (de 5 a 10 en la escala de 1 a 10), lo que sugiere que más de la mitad de las personas siente que su salud emocional interfiere considerablemente con su funcionalidad cotidiana. Este panorama refuerza la necesidad de estrategias urgentes de prevención, intervención psicosocial y fortalecimiento de los servicios de salud mental accesibles, integrales y con enfoque comunitario.

### 8.1.6. Conocimiento y ejercicio de derechos y políticas públicas en salud mental

Uno de los principales retos en la garantía del derecho a la salud mental es el desconocimiento por parte de la población sobre los mecanismos existentes para su atención en situaciones urgentes. Al consultar si las personas conocen la existencia de una ruta de atención prioritaria para crisis emocionales o problemas de salud mental, como líneas telefónicas, atención en urgencias o brigadas especializadas, solo el 16,8% afirmó conocerla y saber cómo acceder. Esta baja proporción revela una brecha significativa entre la existencia de servicios y su apropiación efectiva por parte de la ciudadanía.



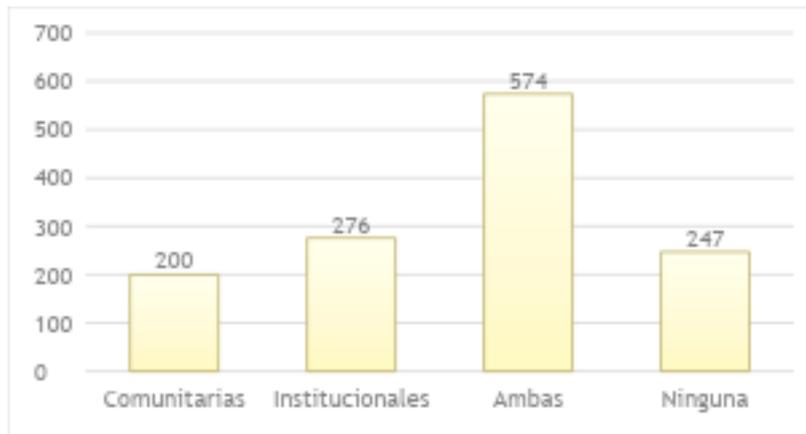
Además, el 41,4% manifestó haber escuchado sobre este tipo de rutas, pero sin tener claridad sobre su funcionamiento, mientras que el 41,8% indicó no saber que existían. Estos resultados reflejan una débil divulgación de las rutas de atención y un escaso empoderamiento en el ejercicio de derechos en salud mental. Esta situación representa una oportunidad para fortalecer las estrategias de comunicación pública, promoción institucional y participación comunitaria, orientadas a que las personas no solo conozcan sus derechos, sino que también puedan ejercerlos de manera oportuna y efectiva.

### 8.1.7. Conocimiento de Estrategias Comunitarias

Los resultados evidencian una limitada vinculación y conocimiento de las estrategias comunitarias en salud mental. Solo el 31,6% de las personas encuestadas manifestó conocer alguna organización local que trabaje en este campo, mientras que el 68,4% indicó no tener conocimiento de ninguna. Esta tendencia se mantiene al indagar sobre la existencia de espacios colectivos en la comunidad para hablar sobre salud mental, donde el 69,3% reportó su inexistencia, frente a un 30,7% que afirmó lo contrario.

En cuanto a la participación en actividades comunitarias de prevención en salud mental, solo el 32,8% indicó haber participado, mientras que el 67,2% señaló no haberlo hecho. A pesar de esta baja participación, una mayoría significativa (76,3%) de quienes respondieron la pregunta considera útil el apoyo de líderes comunitarios frente a temas relacionados con salud mental, lo que sugiere una valoración positiva de las redes comunitarias, aunque no necesariamente una participación activa en ellas.

Finalmente, cuando se consultó sobre el nivel de confianza en estrategias comunitarias frente a los servicios institucionales, el 44,3% manifestó confiar en ambas por igual. Sin embargo, un 21,3% indicó mayor confianza en los servicios institucionales y un 15,4% en las estrategias comunitarias. Notablemente, el 19% declaró no confiar en ninguna de las dos, lo que podría reflejar un sentimiento de desconfianza generalizada o experiencias negativas previas.



Estos hallazgos subrayan la importancia de fortalecer el tejido comunitario, así como de promover la articulación entre lo institucional y lo comunitario, para garantizar una atención integral, culturalmente pertinente y accesible en salud mental.

### 8.1.8. Condición de salud mental

Los hallazgos del estudio revelan una alta prevalencia de síntomas relacionados con la salud mental en la población encuestada. Un 22,6% manifestó haber experimentado con frecuencia síntomas como ansiedad, insomnio, irritabilidad, desesperanza o cambios repentinos en el estado de ánimo, mientras que un 49,6% reportó haberlos experimentado ocasionalmente. En conjunto, más del 72% de las personas encuestadas reconocen haber atravesado este tipo de malestares en algún momento, lo cual pone en evidencia una significativa carga emocional y psicológica en las comunidades consultadas.



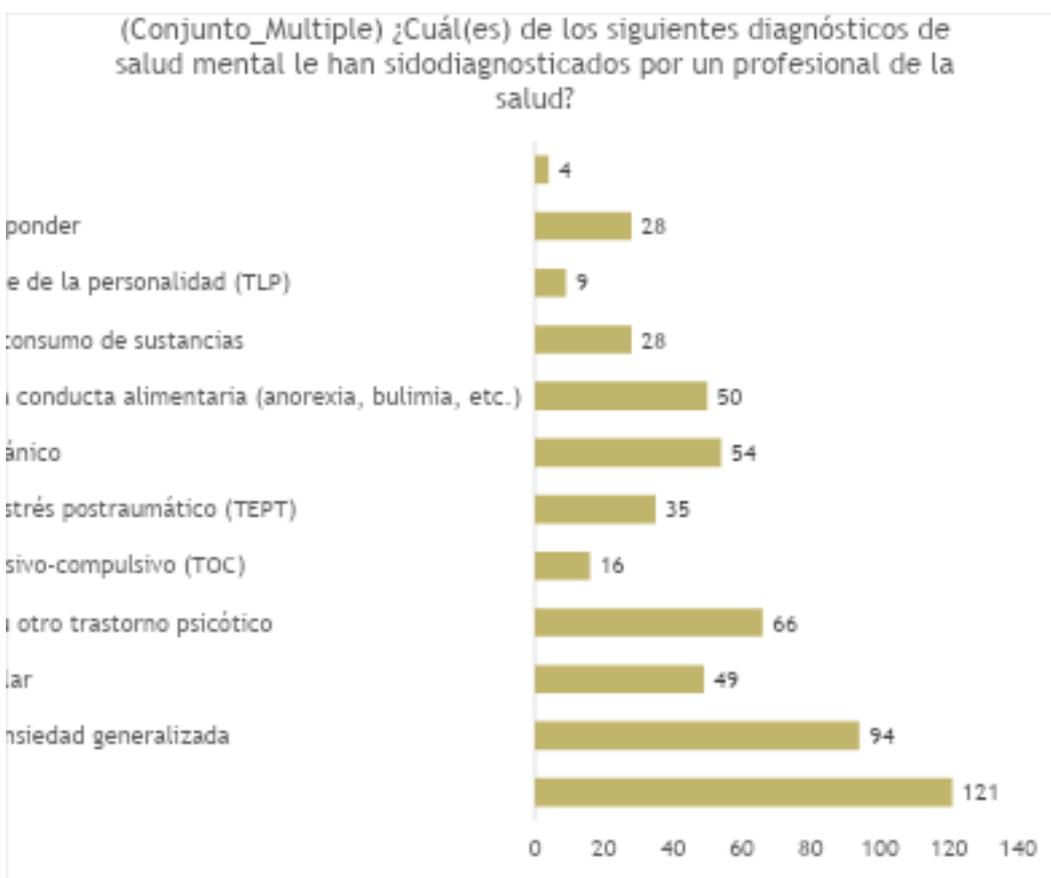
En cuanto al abordaje y seguimiento de estas condiciones, un 22,1% refirió haber sido tratado por un médico tradicional por alguna desarmonía, lo cual refleja la vigencia de prácticas culturales alternativas en el manejo de la salud mental. No obstante, el acceso a servicios profesionales sigue siendo limitado: solo el 3,5% se encuentra actualmente en seguimiento con un psiquiatra, el 8,2% con un psicólogo y apenas un 3,2% con ambos profesionales. A su vez, un 19,4% indicó recibir seguimiento por parte de un médico tradicional. Finalmente, únicamente el 14,9% ha recibido un diagnóstico formal de trastorno de salud mental por parte de un profesional de la salud, lo que puede reflejar tanto una baja cobertura de los servicios especializados como una posible subestimación de la necesidad de atención formal.



Estos resultados muestran una brecha considerable entre la manifestación de síntomas y el acceso o utilización de servicios de salud mental, lo cual plantea importantes desafíos para la garantía del derecho a la salud mental desde un enfoque integral e intercultural.

### 8.1.9. Barreras percibidas

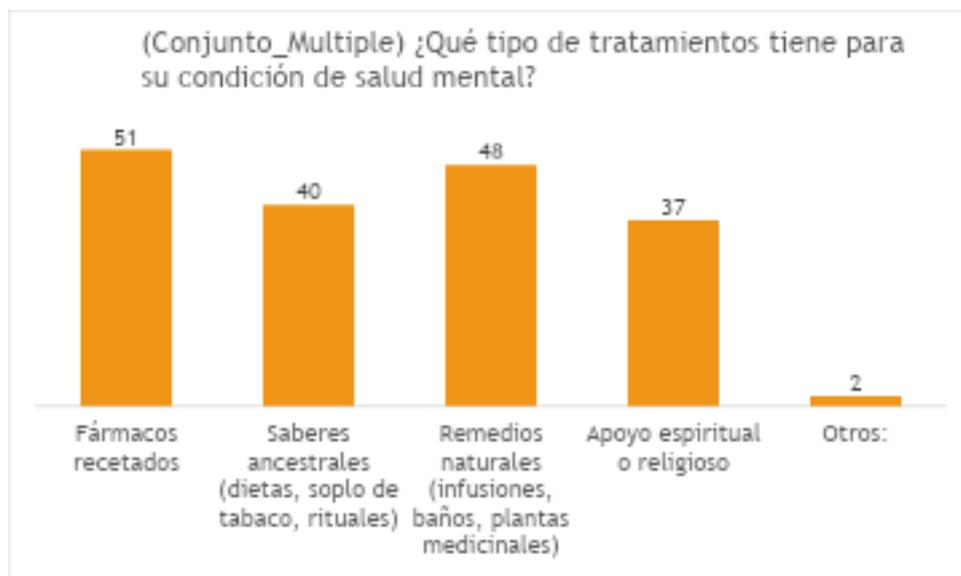
Dentro de la población que reportó haber sido diagnosticada con un trastorno de salud mental, se observaron diversas dificultades asociadas al acceso, continuidad y aceptación de los servicios. Entre los diagnósticos más reportados se encontraron la depresión (62,7%) y el trastorno de ansiedad generalizada (48,7%), seguidos por trastornos psicóticos, bipolares, de pánico y de la conducta alimentaria.



Respecto a los tratamientos recibidos, poco más de la mitad de esta población manifestó estar en tratamiento activo, aunque la diversidad de abordajes fue notable. Los tratamientos farmacológicos fueron los más comunes (47,2%), seguidos por el uso de remedios naturales (44,4%), saberes ancestrales (37,0%) y el apoyo

espiritual o religioso (34,3%). No obstante, solo un tercio indicó tomar su tratamiento diariamente, y otro tercio lo hace de forma esporádica o solo cuando lo considera necesario.

Las barreras más destacadas para el acceso y la continuidad del tratamiento se relacionan con el entorno social y económico. Un 76,7% de las personas diagnosticadas considera que su situación económica ha afectado su acceso a servicios, y 74,1% ha enfrentado dificultades debido a la falta de disponibilidad de profesionales. Además, el 58,5% señaló que el idioma o la cultura han sido un obstáculo para recibir atención adecuada.



En el ámbito comunitario, tres de cada cuatro personas perciben estigmas sociales hacia los trastornos mentales, lo cual tiene un efecto concreto: el 60,1% afirmó haber evitado buscar ayuda por temor al rechazo. Este tipo de estigmatización representa una barrera silenciosa pero determinante para el bienestar y la atención continua.

En cuanto al tiempo transcurrido desde el diagnóstico más reciente, cerca del 69% lo recibió en los últimos cinco años, lo que indica una identificación relativamente reciente en la mayoría de los casos.

En conjunto, estos resultados ponen de manifiesto que las barreras al acceso a servicios de salud mental no se limitan a lo económico o logístico, sino que están fuertemente influenciadas por factores socioculturales, disponibilidad institucional y percepción comunitaria. Estos hallazgos resaltan la urgencia de fortalecer estrategias integrales que aborden no solo la oferta de servicios, sino también las condiciones estructurales y simbólicas que limitan su uso efectivo.

### 8.1.10. Acceso y Atención a Servicios de Salud Mental

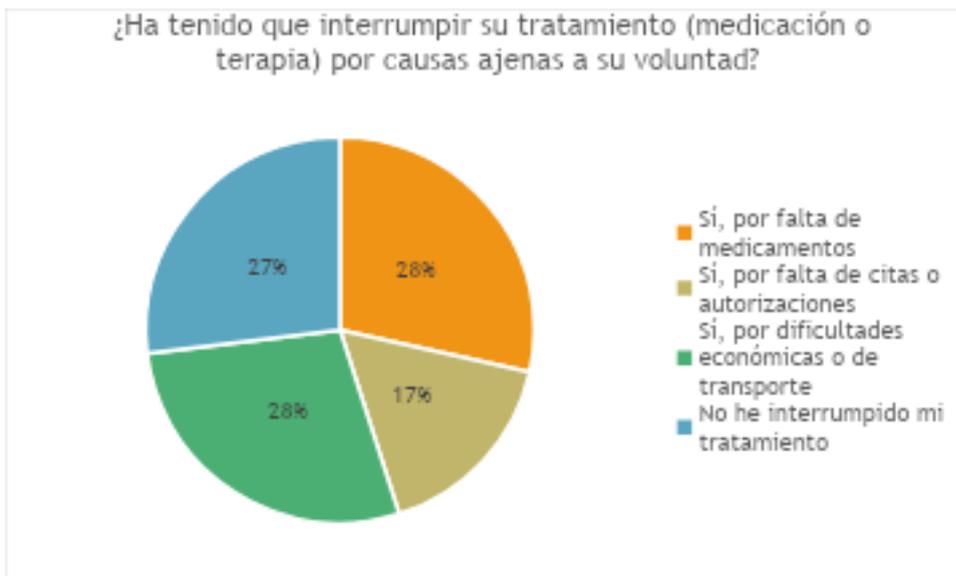
El análisis de las experiencias de atención en salud mental entre personas diagnosticadas revela importantes retos en la oportunidad, continuidad y condiciones del acceso a servicios especializados.

En primer lugar, respecto al tiempo de espera para la primera cita luego del diagnóstico, el 36,8% logró ser atendido en menos de una semana, mientras que el 24,9% esperó entre una y cuatro semanas. Sin embargo, un 19,7% tuvo que esperar más de un mes, y un preocupante 18,7% nunca obtuvo una cita, a pesar de haberla solicitado. Esta situación evidencia importantes barreras en la capacidad de respuesta del sistema de salud mental.

En relación con la frecuencia de acceso a las citas de seguimiento, apenas un 32,1% afirmó recibirlas siempre que las solicita, mientras que el 44,6% reportó que debe insistir o esperar mucho. Además, un 23,3% indicó que casi nunca o nunca recibe citas de control, lo que puede comprometer la continuidad del tratamiento y la estabilidad clínica.

El acceso a medicación oportuna también presenta deficiencias. Solo el 22,8% de las personas diagnosticadas manifestó recibir sus medicamentos sin demoras, mientras que el 36,3% los recibe con retrasos o entregas parciales, y el 19,2% reporta que frecuentemente no hay disponibilidad. Además, un 21,8% indicó que no le han formulado medicamentos para su condición, lo que puede relacionarse tanto con decisiones clínicas como con barreras en el acceso al sistema.

En cuanto a la logística de entrega, más del 60% de las personas deben reclamar sus medicamentos en su comunidad o municipio, pero un 6,1% debe desplazarse a otras ciudades, y un 3,1% recibe los medicamentos por mensajería. No obstante, un 26,5% declaró no tener acceso a los medicamentos, lo cual representa una barrera crítica para la adherencia terapéutica.



Adicionalmente, el 73,1% de las personas ha tenido que interrumpir su tratamiento en algún momento por causas ajenas a su voluntad. Las principales razones fueron la falta de medicamentos (28,5%), la falta de citas o autorizaciones (16,6%), y problemas económicos o de transporte (28,0%). Solo el 26,9% de las personas manifestó no haber interrumpido su tratamiento, lo cual resalta la vulnerabilidad del acceso sostenido a terapias y medicación en esta población.

En conjunto, los resultados revelan una red de barreras estructurales y operativas que limitan la atención continua y oportuna en salud mental. Mejorar los tiempos de atención, garantizar la disponibilidad de medicamentos y facilitar el seguimiento clínico son medidas urgentes para mejorar la calidad de vida de las personas diagnosticadas y asegurar la eficacia de las intervenciones.

## 8.2. Análisis Bivariado

Con el fin de profundizar en la comprensión de las relaciones entre las variables sociodemográficas, los determinantes sociales y estructurales, y las distintas dimensiones de la salud mental, se realizó un análisis bivariado entre las preguntas del cuestionario y un conjunto de variables independientes. Este análisis incluyó cruces entre todas las variables de interés (preguntas del instrumento) con las principales características sociodemográficas (edad, sexo al nacer, grupo étnico, ocupación, zona de residencia, entre otras), así como con dos variables clave de determinantes sociales y estructurales: percepción de estigmas comunitarios y conocimiento sobre organizaciones comunitarias.

En total, se generaron 526 tablas de contingencia que permitieron explorar posibles asociaciones estadísticas entre las variables. Para cada cruce se aplicó la prueba chi cuadrado de independencia, a fin de identificar relaciones significativas entre las categorías. Es importante señalar que los resultados que se incluyen y describen en este apartado corresponden a los hallazgos más relevantes, es decir, aquellos que presentan una dependencia estadísticamente significativa con un nivel de significancia del 1% ( $p < 0,01$ ), lo cual indica una fuerte evidencia de asociación entre las variables analizadas.

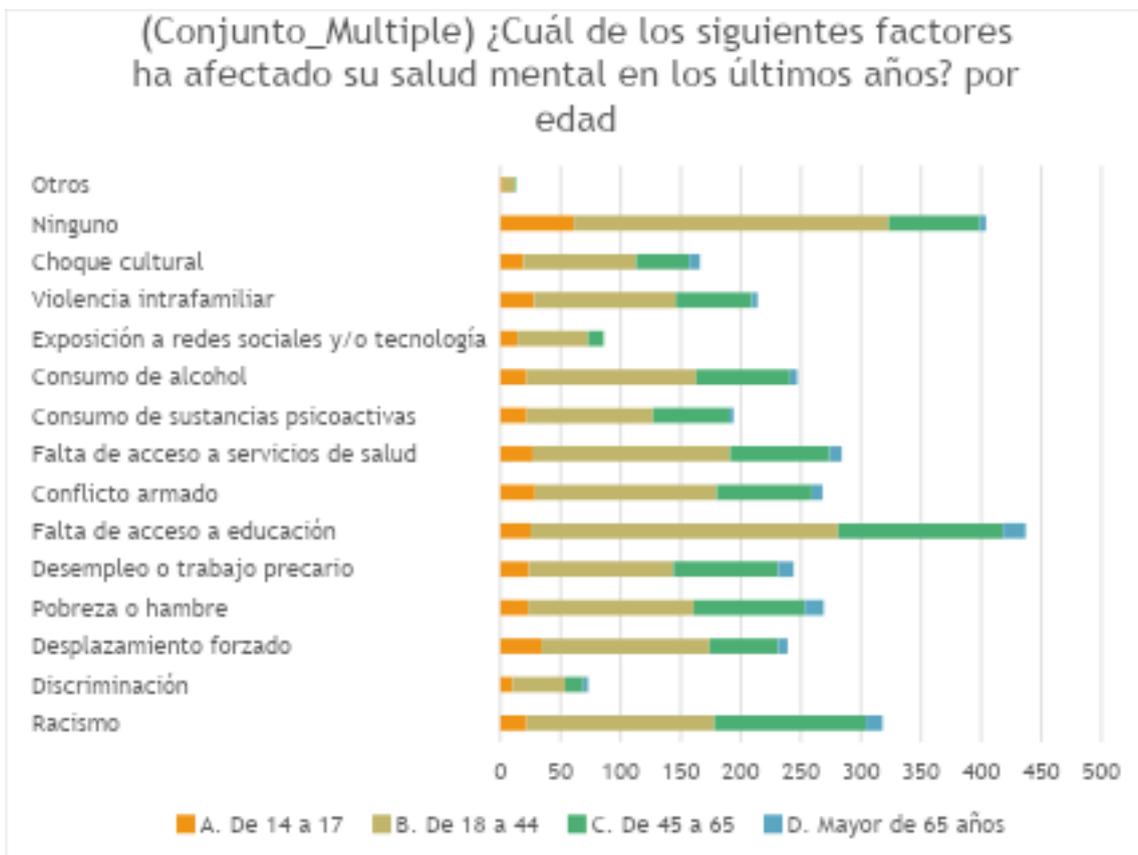
Este enfoque permite no solo visibilizar los grupos poblacionales con mayor vulnerabilidad en salud mental, sino también entender cómo factores como la edad, el origen étnico, la ocupación o la pertenencia territorial inciden en el acceso a servicios, en la manifestación de síntomas emocionales, en la experiencia del estigma y en las formas de afrontamiento comunitario.

### 8.2.1. Determinantes sociales y estructurales

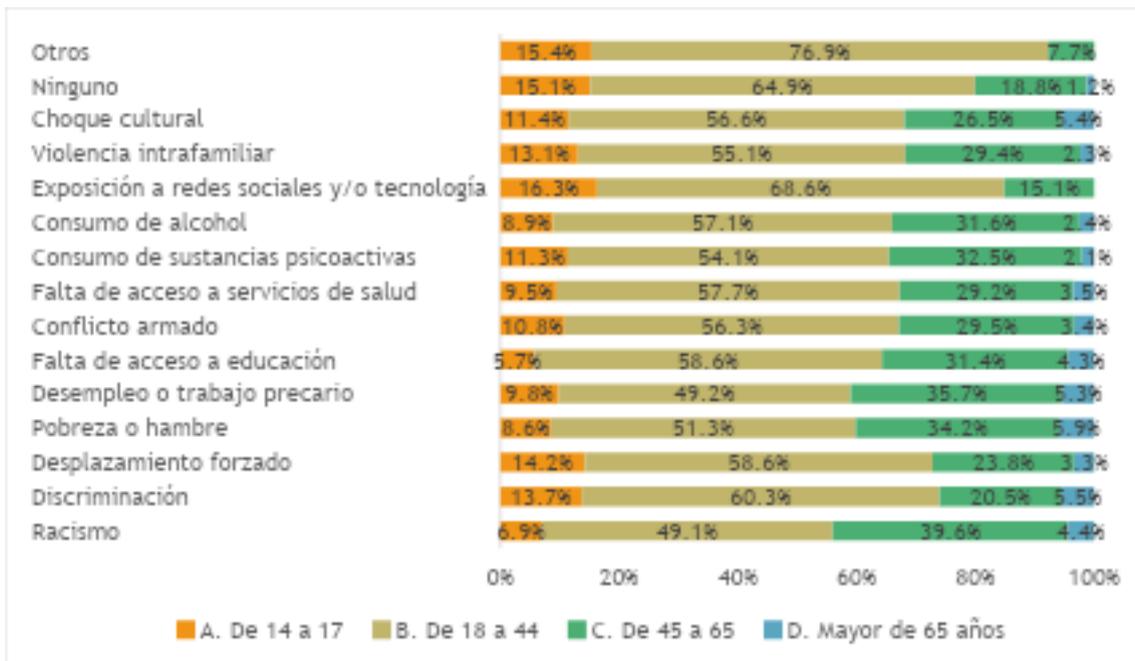
Al analizar los factores que han afectado la salud mental según los rangos de edad, se observa que la mayoría de quienes reportan estos factores se encuentran en el grupo de 18 a 44 años. Este grupo concentra entre el 49% y 60% de las respuestas para casi

todos los factores evaluados. Por ejemplo, el 58,6% de quienes mencionaron el desplazamiento forzado como factor de afectación se ubican en este rango de edad, al igual que el 56,3% en el caso del conflicto armado, el 57,7% para la falta de acceso a servicios de salud, y el 54,1% para el consumo de sustancias psicoactivas.

El grupo de edad de 45 a 65 años también representa un porcentaje importante en varios factores, destacando en desempleo o trabajo precario (35,7%), pobreza o hambre (34,2%) y consumo de alcohol (31,6%).

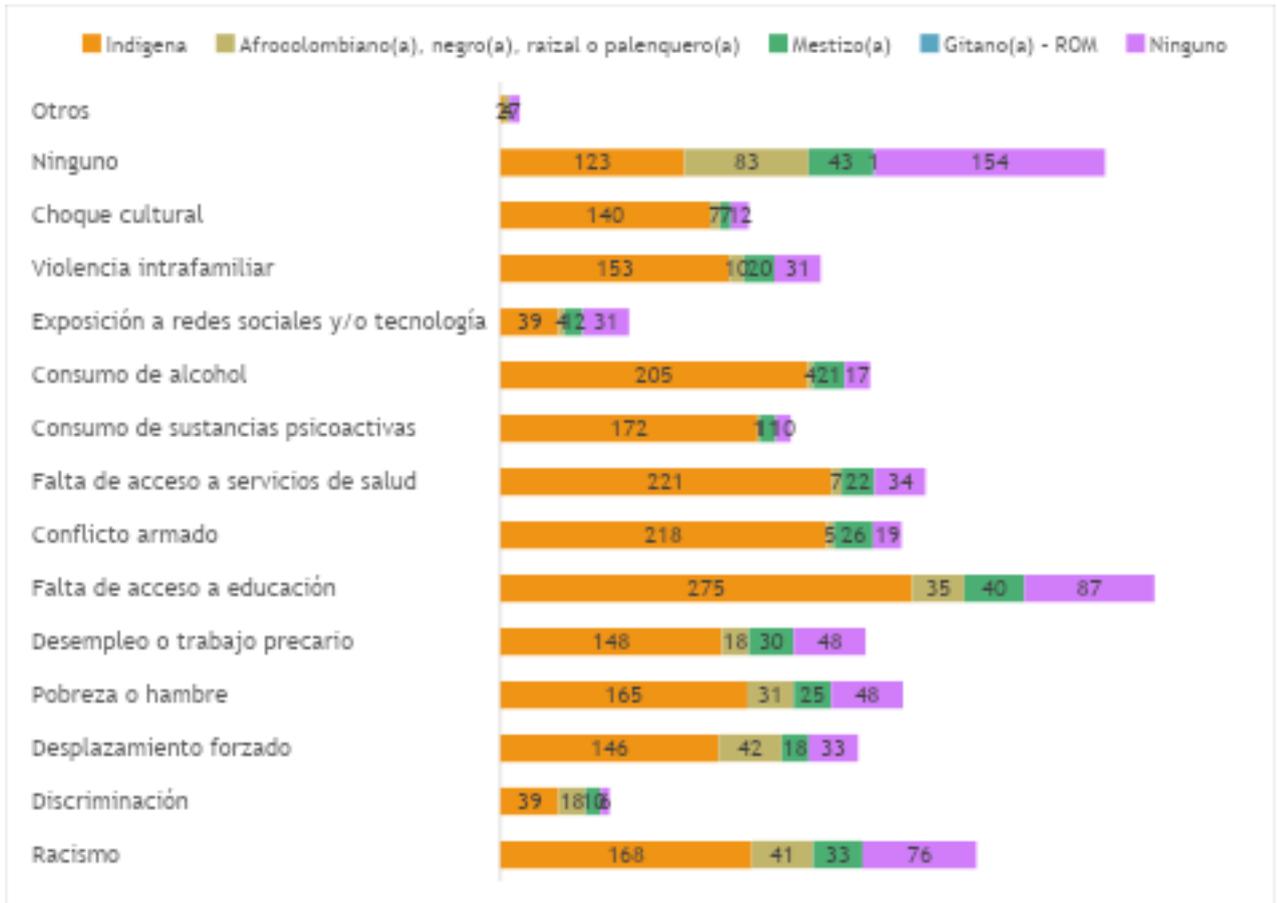


Por su parte, los adolescentes entre 14 y 17 años tienen una menor representación porcentual, pero aparecen con mayor frecuencia en factores como la exposición a redes sociales y/o tecnología (16,3%) y violencia intrafamiliar (13,1%). En el grupo de personas mayores de 65 años, las frecuencias son muy bajas, con la mayor concentración en el ítem "Ninguno" (1,2%), lo que podría estar relacionado con una menor disposición a reportar afectaciones o con barreras en la identificación de los factores.



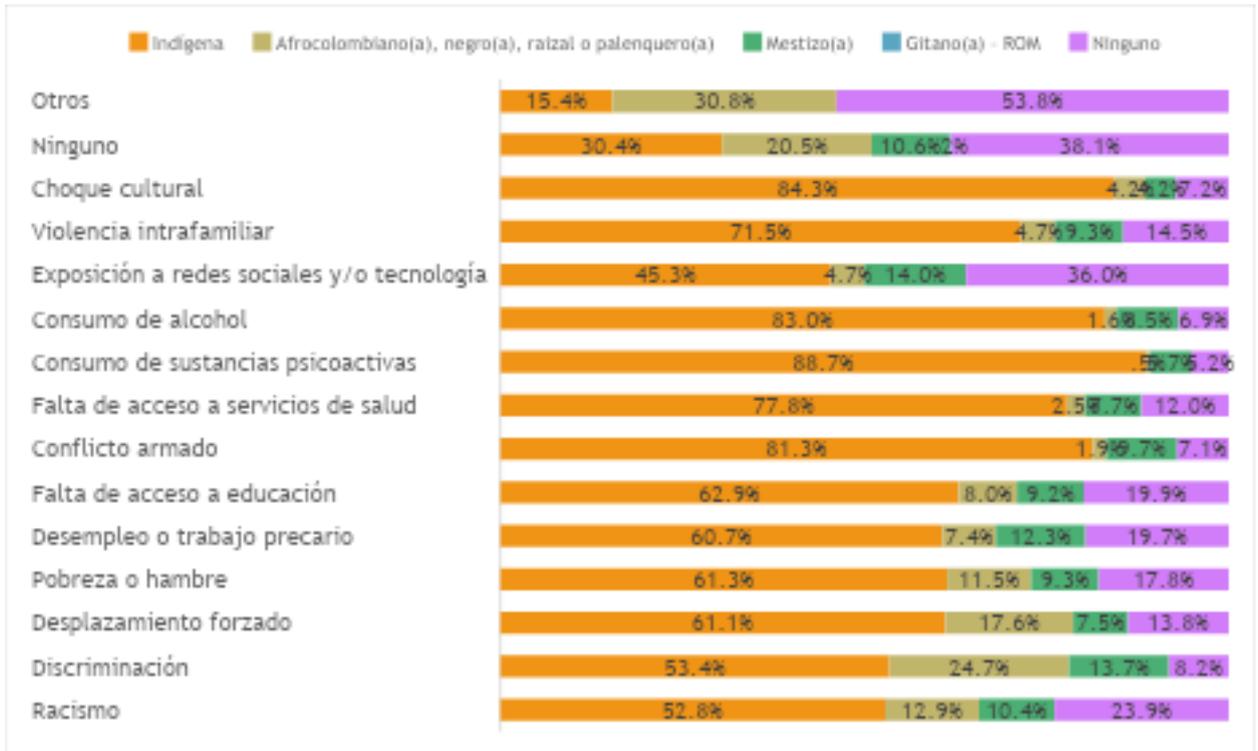
Cuando se analizan los factores que han afectado la salud mental según grupo étnico, se evidencian patrones muy marcados. Las personas que se identifican como indígenas presentan la mayor proporción de respuestas en la mayoría de los factores. Por ejemplo, el 81,3% de quienes reportaron conflicto armado como un factor de afectación son indígenas. Lo mismo ocurre con la falta de acceso a servicios de salud (77,8%), consumo de alcohol (83,0%) y consumo de sustancias psicoactivas (88,7%).

En contraste, las personas que no se identifican con ningún grupo étnico concentran su mayor proporción en la categoría "Ninguno" (38,1%), mientras que presentan proporciones más bajas en los factores estructurales, como conflicto armado (7,1%) o falta de acceso a salud (12,0%).



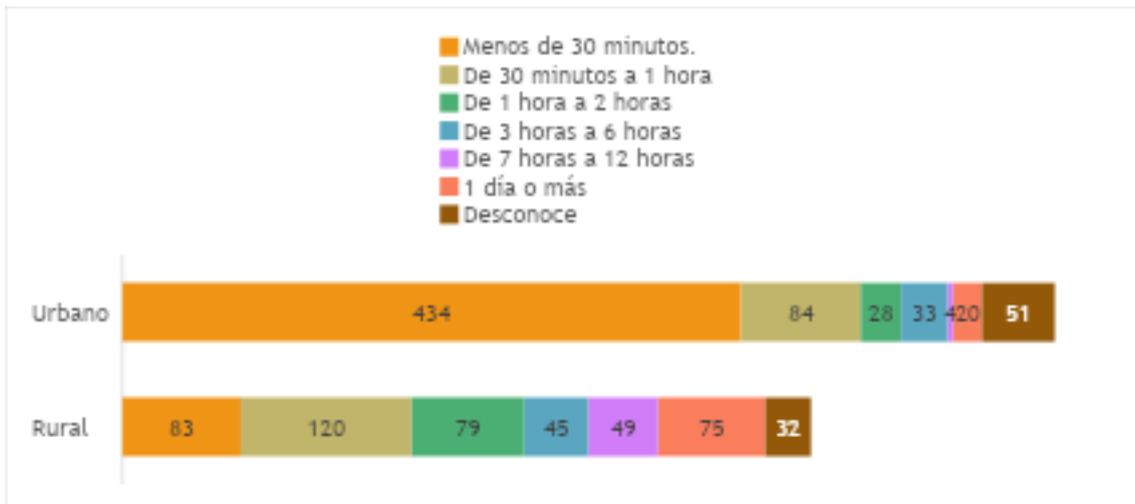
Asimismo, las personas mestizas también presentan porcentajes bajos en la mayoría de factores, con las cifras más altas en violencia intrafamiliar (9,3%) y desempleo o trabajo precario (12,3%). Las personas que se identifican como afrocolombianas representan el segundo grupo en términos de afectación por racismo (12,9%) y discriminación (24,7%).

Estos resultados sugieren que las experiencias de afectación en la salud mental no solo varían por edad, sino también por condiciones étnicas, donde las poblaciones indígenas concentran gran parte de los factores estructurales y sociales que deterioran el bienestar mental. Esta información resulta clave para diseñar intervenciones diferenciales, culturalmente pertinentes y territorialmente focalizadas.

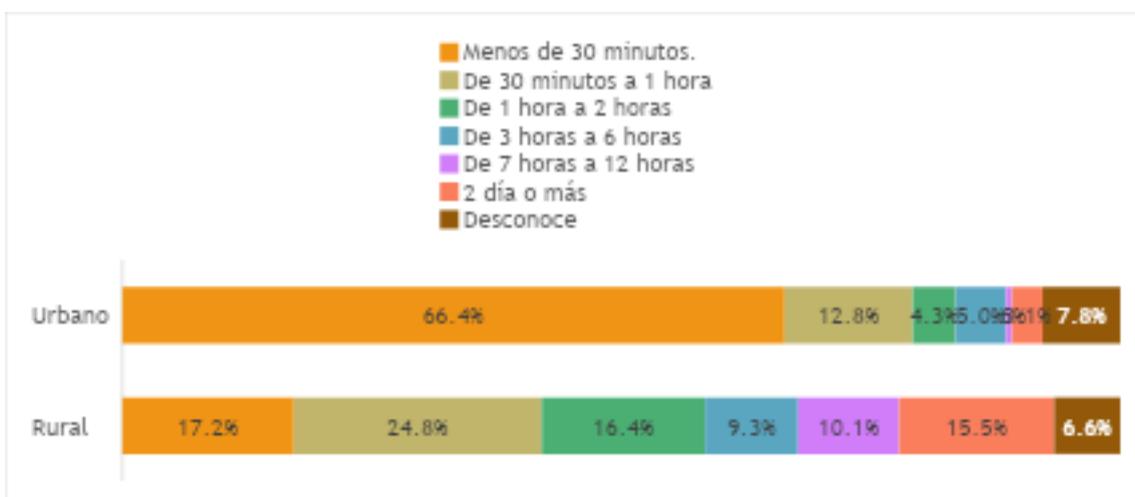


### 8.2.2. Territorio, cultura y género

Los resultados evidencian una marcada desigualdad en los tiempos de desplazamiento hacia servicios de salud mental, dependiendo del tipo de zona en la que residen las personas. En las zonas urbanas, el acceso es considerablemente más rápido: el 66,4% de las personas que habitan en zonas urbanas reportaron tardar menos de 30 minutos en llegar al centro de salud mental más cercano, en comparación con solo el 17,2% de quienes viven en zonas rurales. En cambio, en estas últimas, el 24,8% tarda entre 30 minutos y 1 hora, el 16,4% entre 1 y 2 horas, y el 9,3% entre 3 y 6 horas. Alarmantemente, el 10,1% de los residentes rurales afirma tardar entre 7 y 12 horas y un 15,5% incluso reporta requerir más de un día para llegar al centro de salud mental más cercano.



En total, mientras que el 82,2% de los residentes urbanos accede en menos de una hora al servicio, este porcentaje disminuye drásticamente en las zonas rurales, donde solo el 42,0% lo logra en ese mismo lapso. Además, el 6,6% de los residentes rurales reporta no saber cuánto tarda, lo que podría reflejar un grado importante de desconexión con la oferta de servicios. Estos datos muestran que las personas que habitan en zonas rurales enfrentan múltiples barreras geográficas y logísticas para acceder a servicios especializados en salud mental.

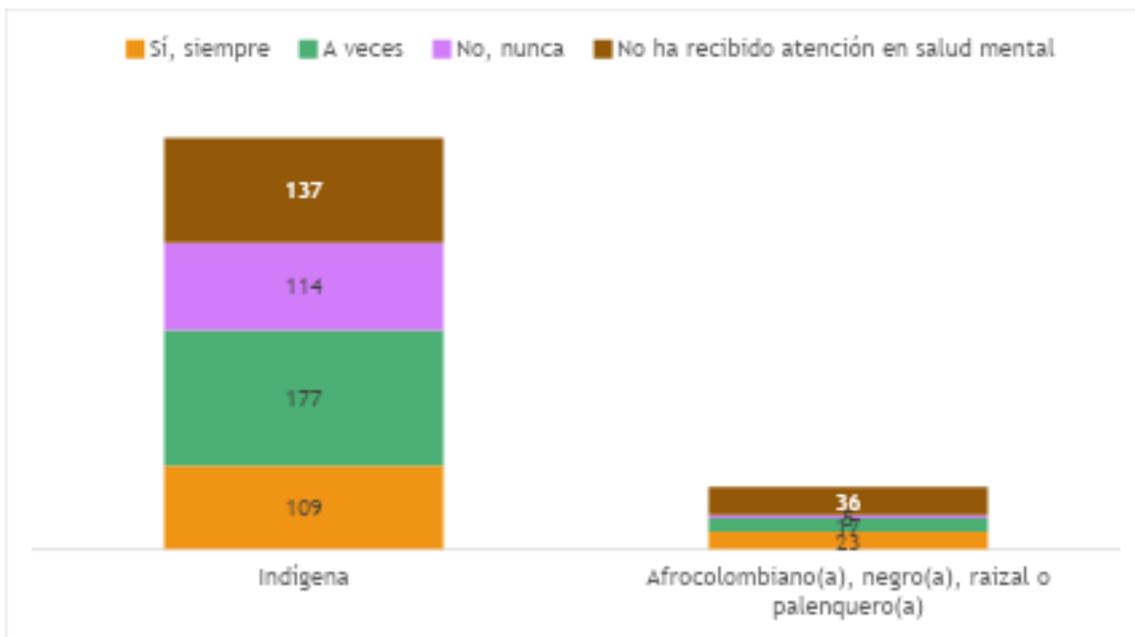


### 8.2.2.1. Percepción de pertinencia cultural de la atención en salud mental según grupo étnico

Al explorar si las personas consideran que la atención en salud mental ha tenido en cuenta sus creencias, costumbres o prácticas culturales, se observaron diferencias importantes entre los distintos grupos étnicos. En general, un 22,0% del total de

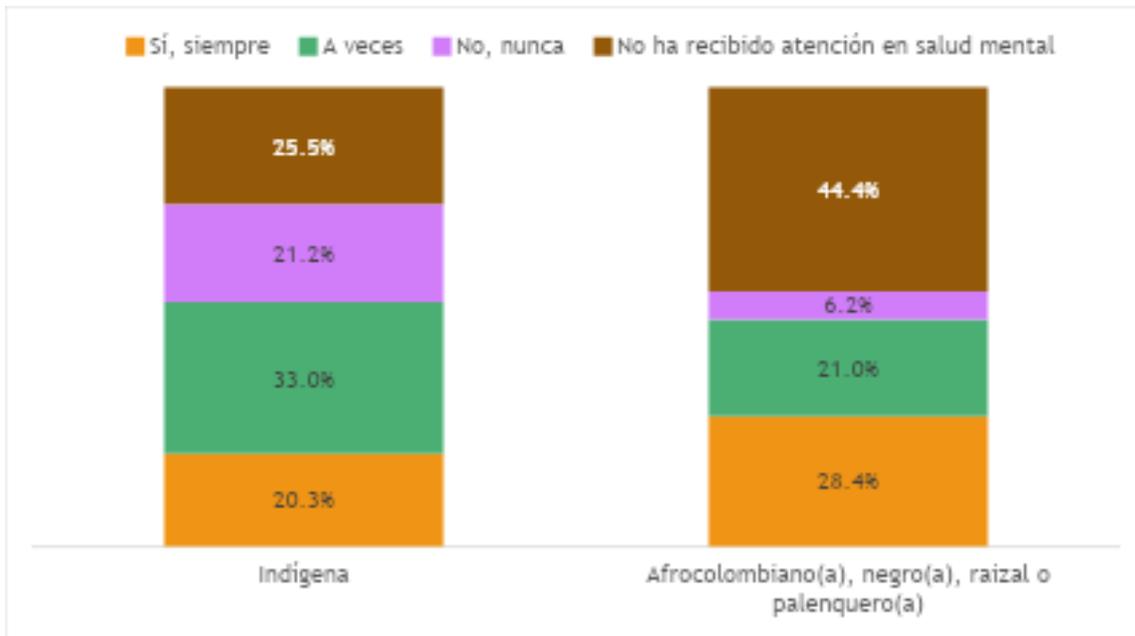
personas afirmó que la atención sí ha sido siempre culturalmente pertinente, mientras que el 24,7% respondió que esto ocurre “a veces”, y el 16,2% que nunca. No obstante, el 37,1% señaló no haber recibido nunca atención en salud mental.

Al desagregar por grupo étnico, se observa que entre las personas que se identifican como indígenas, el 20,3% indicó que siempre se han tenido en cuenta sus creencias culturales, el 33,0% dijo que a veces, y el 21,2% expresó que nunca. En este grupo, un 25,5% manifestó no haber recibido atención en salud mental. En comparación, entre quienes se identifican como afrocolombianos, negros, raizales o palenqueros, el 28,4% dijo que siempre se ha tenido en cuenta su cultura, un 21,0% que a veces, y un 6,2% que nunca. Sin embargo, el 44,4% de este grupo reportó no haber recibido atención en salud mental.



Entre los mestizos, el 15,2% considera que la atención siempre ha tenido en cuenta sus creencias culturales, el 19,2% que a veces, y el 18,4% que nunca. Este grupo también presenta una proporción considerable (47,2%) que afirma no haber recibido atención en salud mental. Finalmente, entre quienes no se identifican con ningún grupo étnico, solo el 24,9% indicó que siempre se ha tenido en cuenta su cultura, mientras que el 16,0% dijo que a veces, el 10,7% que nunca, y el 48,3% afirmó no haber accedido nunca a estos servicios.

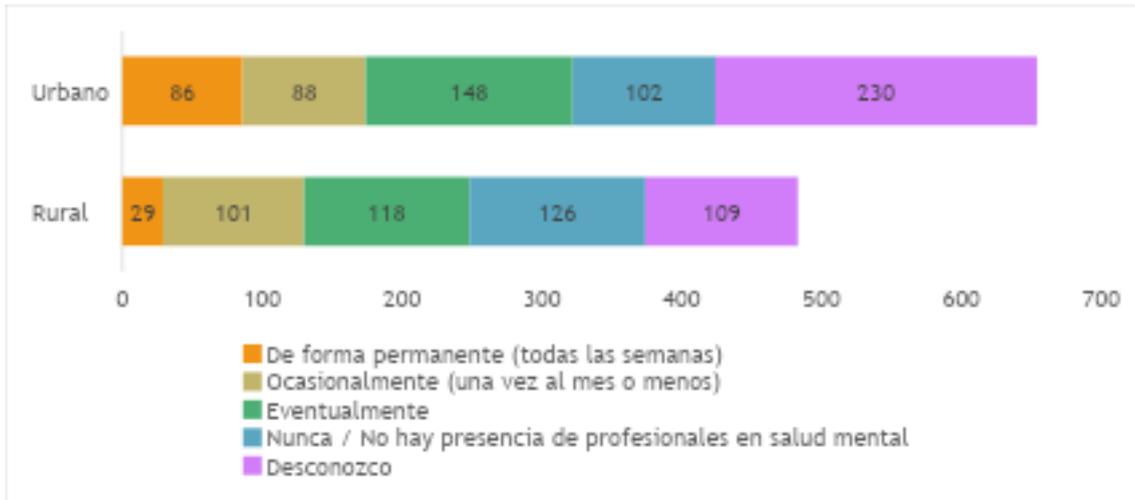
Estos datos reflejan una doble exclusión para las poblaciones étnicas: por un lado, dificultades de acceso, y por otro, una atención que no siempre incorpora enfoques culturalmente pertinentes.



#### 8.2.2.2. Presencia de profesionales en salud mental según tipo de zona de residencia

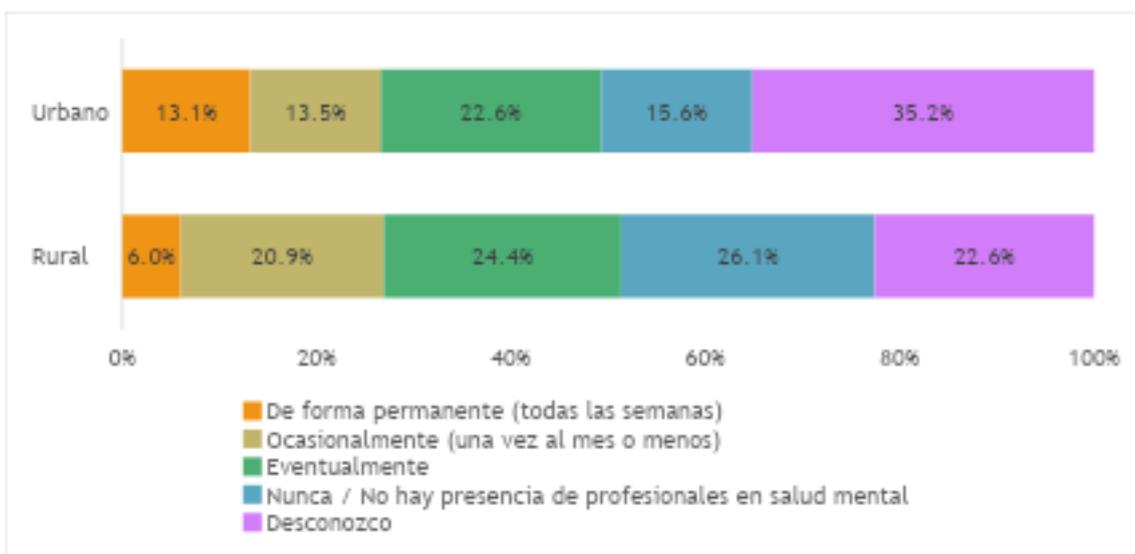
En relación con la frecuencia de presencia de profesionales en salud mental en las comunidades, los resultados revelan una brecha significativa entre las zonas urbanas y rurales. En las zonas urbanas, el 13,1% de las personas indicó que existen profesionales en salud mental que prestan servicios de forma permanente (todas las semanas), mientras que en las zonas rurales solo el 6,0% reportó esta misma frecuencia.

Respecto a la presencia ocasional (una vez al mes o menos), el 20,9% de quienes residen en zonas rurales afirmó tener acceso bajo esta modalidad, mientras que en las zonas urbanas la proporción fue del 13,5%. El servicio eventual (sin regularidad clara) fue reportado por un 24,4% de personas rurales y un 22,6% de urbanas.



Cabe destacar que el 26,1% de las personas en zonas rurales afirmó que nunca hay presencia de profesionales en salud mental, comparado con el 15,6% en zonas urbanas. Además, un 22,6% de personas rurales y un 35,2% de urbanas dijeron desconocer si hay presencia de estos profesionales en su comunidad, lo cual podría reflejar tanto desconocimiento como invisibilización del recurso profesional.

Estos resultados subrayan una clara desigualdad territorial, en donde las personas que habitan en zonas rurales no solo tienen menos acceso a servicios presenciales, sino que también enfrentan una mayor incertidumbre o desinformación sobre la oferta disponible.



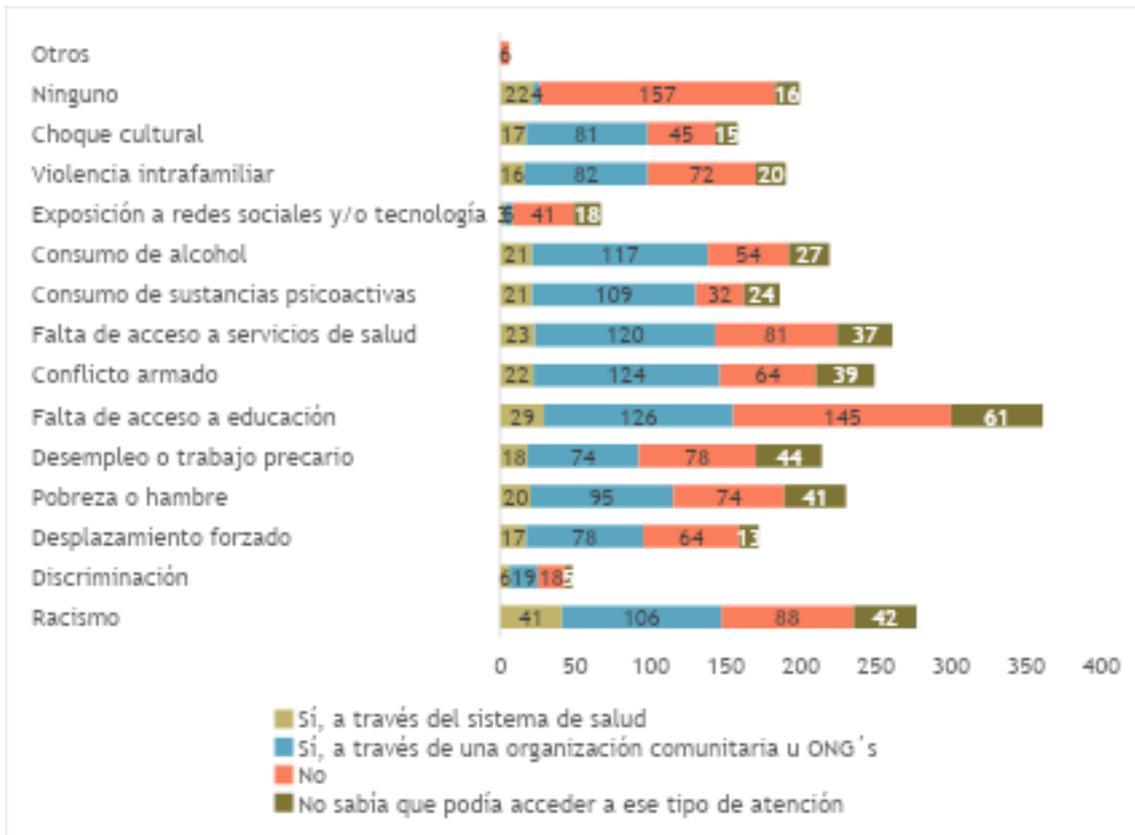
**8.2.2.3. Factores que han afectado la salud mental según la atención recibida por conflicto armado**

El análisis bivariado revela diferencias importantes en los factores que afectan la salud mental de acuerdo con el tipo de atención recibida frente a afectaciones por el conflicto armado. En general, la mayoría de las personas encuestadas (57,5%) reportó no haber recibido atención relacionada con el conflicto armado, aunque afirmaron haber sido afectados por alguno de los factores mencionados. Solo el 9,8% recibió atención a través del sistema de salud y un 18,5% mediante organizaciones comunitarias u ONG. Un 14,1% manifestó no saber que podía acceder a este tipo de atención.

Entre quienes señalaron el desplazamiento forzado como factor que afectó su salud mental, el 45,3% recibió atención a través de ONG u organizaciones comunitarias, mientras que el 37,2% no recibió atención a pesar de haber sido afectados por este fenómeno. Solo el 9,9% accedió a atención por medio del sistema de salud. Este patrón se repite con otras afectaciones asociadas al conflicto, como el conflicto armado directamente, donde el 49,8% accedió a atención mediante ONG, el 25,7% no accedió a ningún servicio, y solo el 8,8% lo hizo por el sistema de salud.

En el caso de quienes señalaron violencia intrafamiliar, el 43,2% fue atendido a través de ONG, mientras que el 37,9% no accedió a ningún servicio. De forma similar, entre quienes señalaron falta de acceso a servicios de salud como un factor perjudicial, un 46,0% fue atendido por ONG, un 31,0% no recibió atención, y un 14,2% indicó no saber que podía acceder a servicios relacionados.

Factores como el consumo de sustancias psicoactivas y el consumo de alcohol muestran una alta proporción de personas atendidas por ONG (58,6% y 53,4% respectivamente), pero también una cantidad importante sin atención recibida (17,2% y 24,7%) o sin conocimiento de su derecho a recibirla (12,9% y 12,3%).



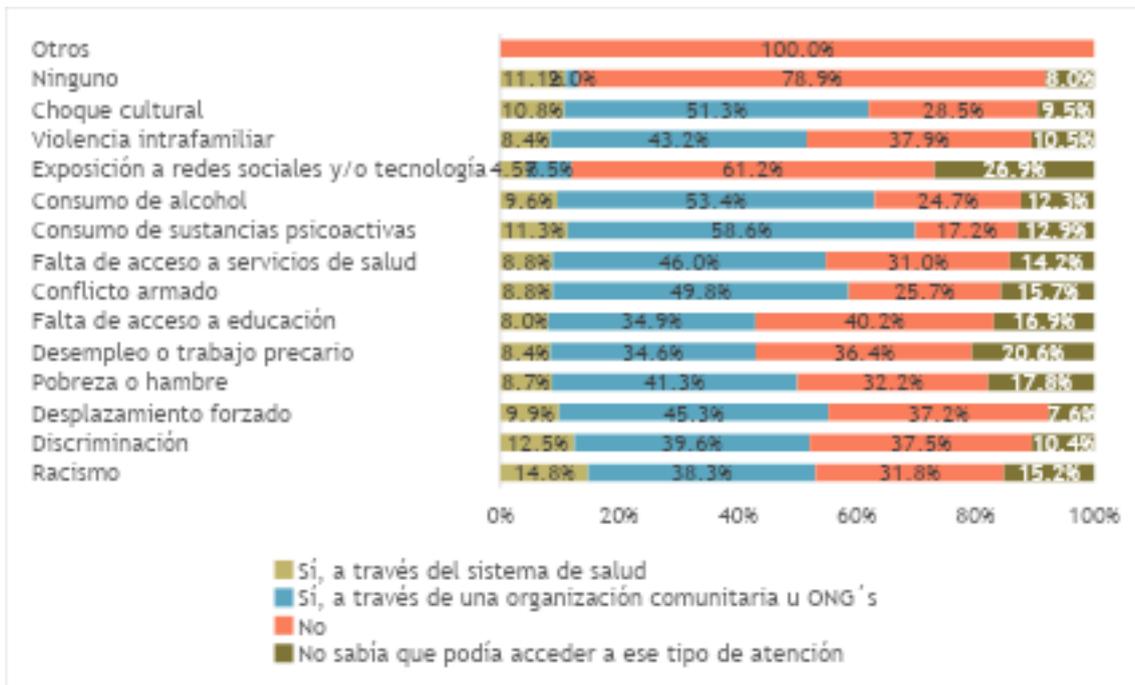
En el caso del racismo y la discriminación, si bien el 38,3% y 39,6% respectivamente fueron atendidos por ONG, cerca del 30% en ambos factores no recibieron atención, lo que muestra la falta de respuesta institucional o comunitaria ante afectaciones sociales no exclusivamente vinculadas al conflicto armado, pero igualmente relevantes para la salud mental.

Llama especialmente la atención que en todas las categorías, ninguna persona seleccionó la opción “No aplica”, lo que sugiere que la mayoría de quienes reportaron afectaciones mentales podrían haber requerido algún tipo de atención relacionada con el conflicto, pero no necesariamente accedieron a ella.

Por otro lado, factores como la exposición a redes sociales y tecnología y el choque cultural presentan una tendencia inversa, con una mayor proporción de personas que no recibieron atención (61,2% y 28,5% respectivamente), y porcentajes bajos en acceso desde el sistema de salud o desde ONG.

Finalmente, un hallazgo llamativo es el caso de quienes indicaron que ninguno de los factores les ha afectado: el 78,9% no recibió atención, y un 11,1% aún así accedió al sistema de salud, lo cual puede corresponder a personas con antecedentes previos o con otros motivos no abordados en el cuestionario.

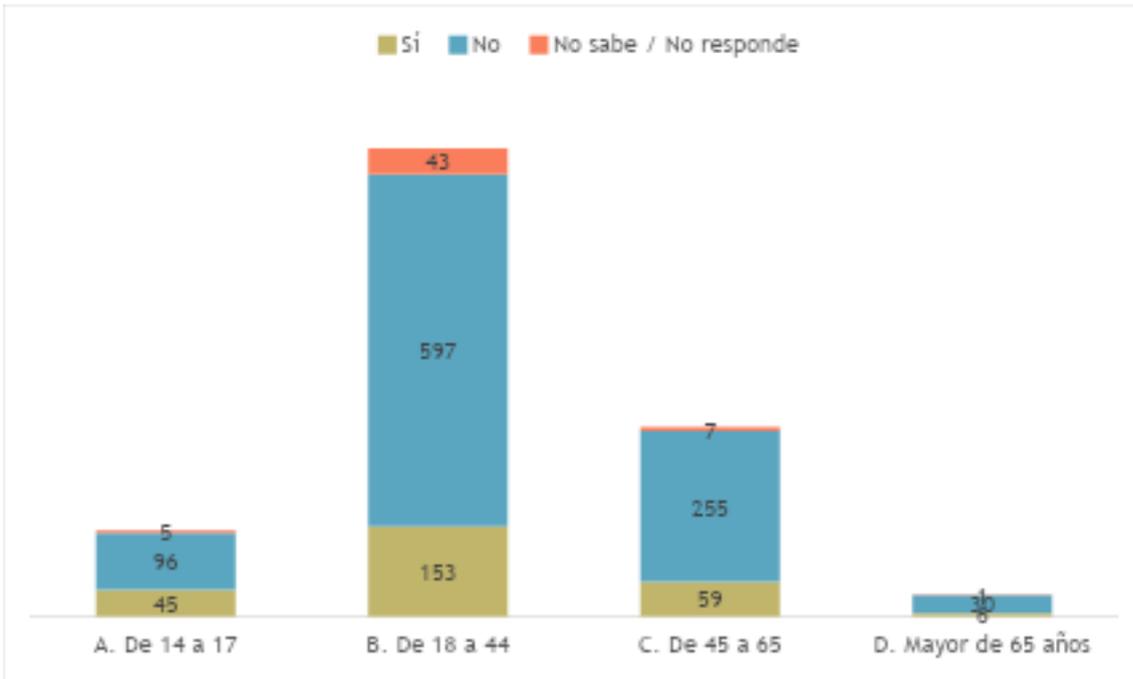
Estos datos reflejan una fuerte dependencia del apoyo comunitario u organizaciones sociales para atender los impactos del conflicto armado, frente a una limitada respuesta del sistema de salud público, y una preocupante brecha de desconocimiento sobre los derechos de atención en salud mental entre la población afectada.



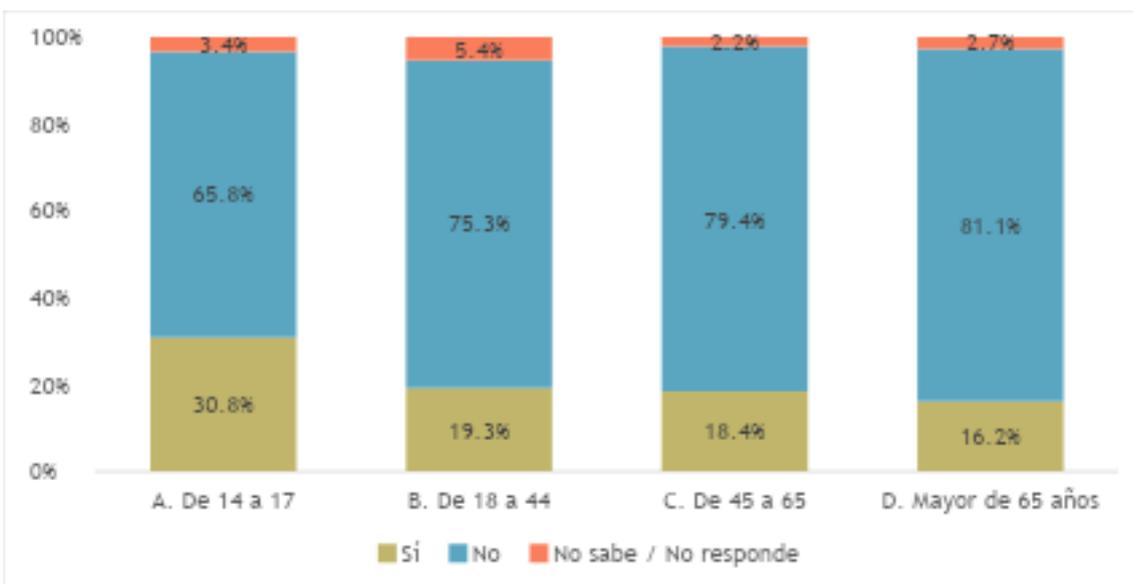
### 8.2.3. Estado emocional y síntomas comunes

#### 8.2.3.1. Pensamientos autolesivos y suicidas según edad, sexo, ocupación y grupo étnico

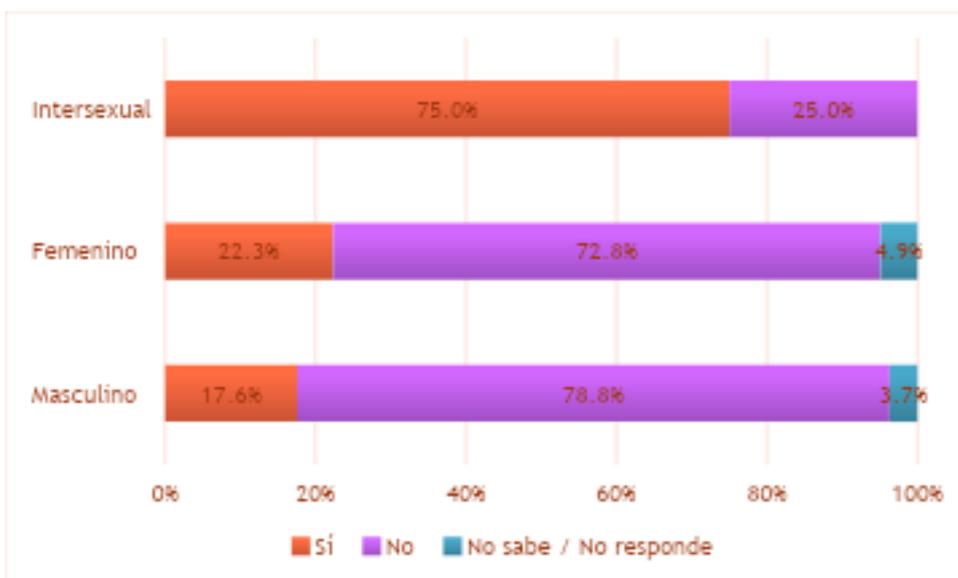
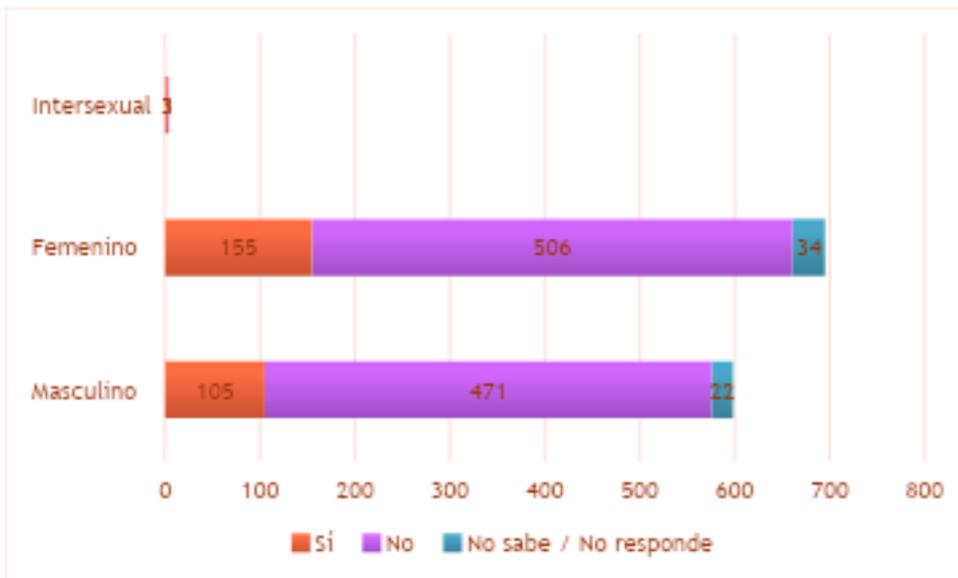
El análisis bivariado permite identificar diferencias sustanciales en la presencia de pensamientos de autolesión o suicidio según diversos perfiles sociodemográficos.

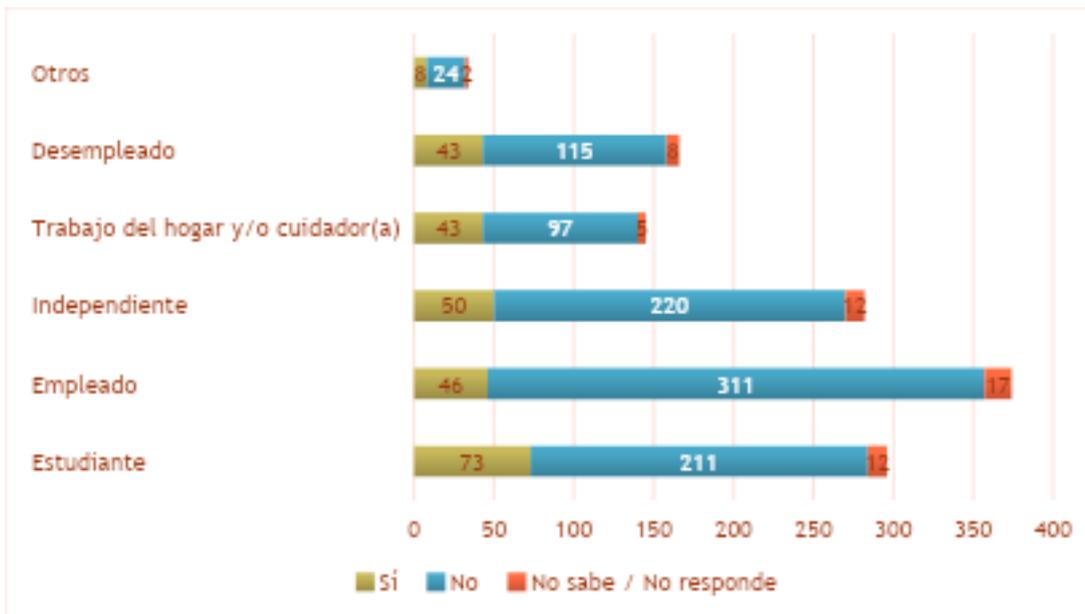


Los adolescentes de 14 a 17 años son el grupo con mayor prevalencia de pensamientos autolesivos o suicidas, con un 30,8% que manifestó haberlos tenido. Este porcentaje disminuye progresivamente en los grupos etarios mayores: el 19,3% entre los 18 y 44 años, el 18,4% en personas entre 45 y 65 años, y el 16,2% en quienes tienen más de 65 años. En contraste, el grupo de mayor edad es el que más reportó no haber tenido estos pensamientos (81,1%). Esto sugiere una mayor vulnerabilidad emocional o exposición a factores de riesgo en la población más joven.

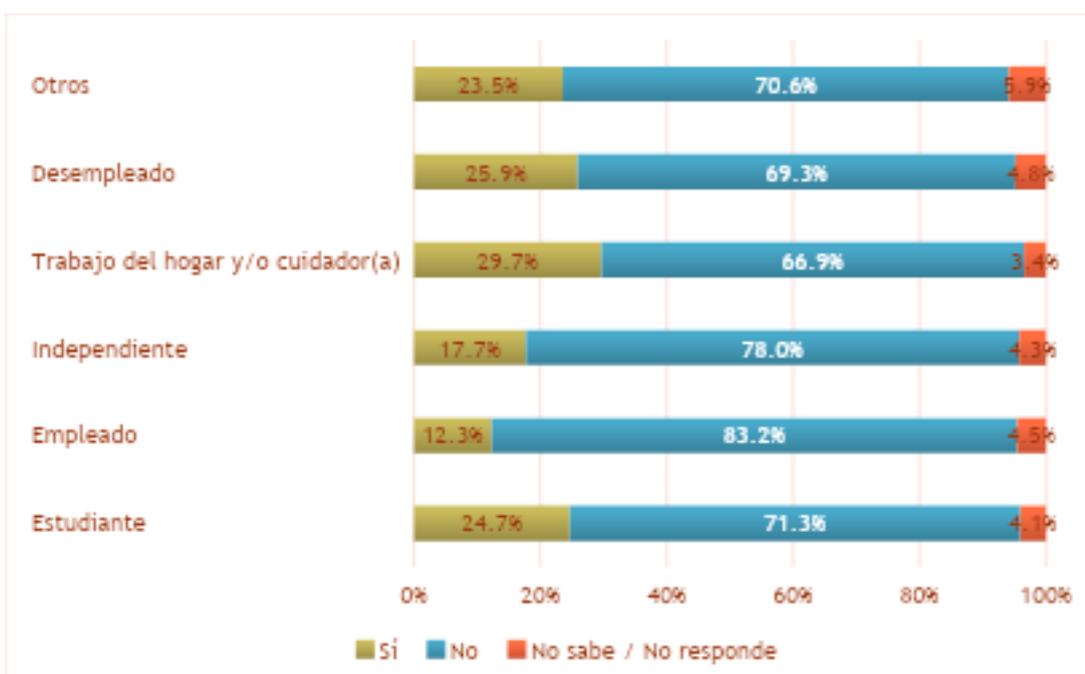


Las mujeres presentan una mayor proporción de pensamientos autolesivos que los hombres (22,3% frente a 17,6%). Sin embargo, destaca que el 75% de las personas que se identifican como intersexuales también reportaron estos pensamientos, aunque este grupo representa un tamaño muestral muy pequeño (solo 4 personas), por lo que debe interpretarse con cautela. Los hombres mostraron un mayor porcentaje de respuestas negativas (78,8%), lo cual podría reflejar diferencias de género en la expresión emocional o en el reconocimiento de estas experiencias.

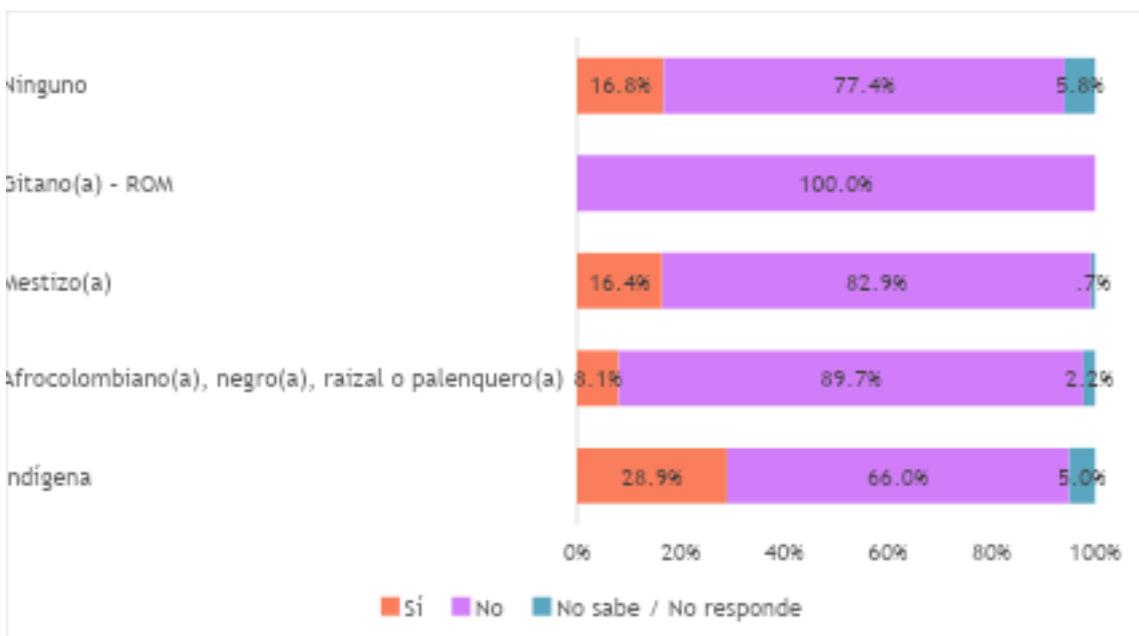
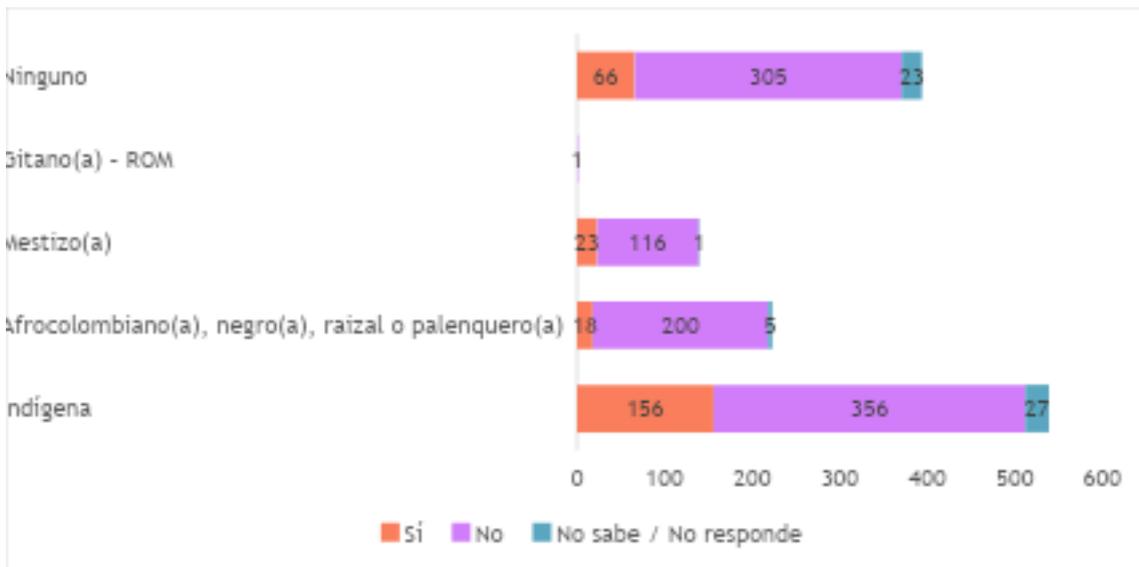




Los estudiantes y quienes realizan trabajo del hogar o son cuidadores/as registran las tasas más altas de pensamientos autolesivos: 24,7% y 29,7% respectivamente. También son altos entre personas desempleadas (25,9%) e independientes (17,7%). En contraste, los empleados muestran la menor prevalencia (12,3%). Esto sugiere una posible relación entre la estabilidad laboral o económica y el bienestar emocional. Además, quienes se dedican al cuidado y trabajo no remunerado en el hogar pueden estar enfrentando cargas emocionales invisibilizadas o desatendidas.



El grupo indígena reportó la mayor proporción de pensamientos de autolesión o suicidio (28,9%), seguido por personas que no se identifican con ningún grupo étnico (16,8%) y personas mestizas (16,4%). En contraste, solo el 8,1% de la población afrocolombiana lo manifestó, y ninguna persona identificada como gitano(a) - ROM reportó este tipo de pensamientos. Aunque las cifras deben analizarse con precaución por los tamaños de muestra desiguales entre grupos, los resultados evidencian una mayor carga emocional o mayores barreras para el bienestar mental entre los pueblos indígenas.

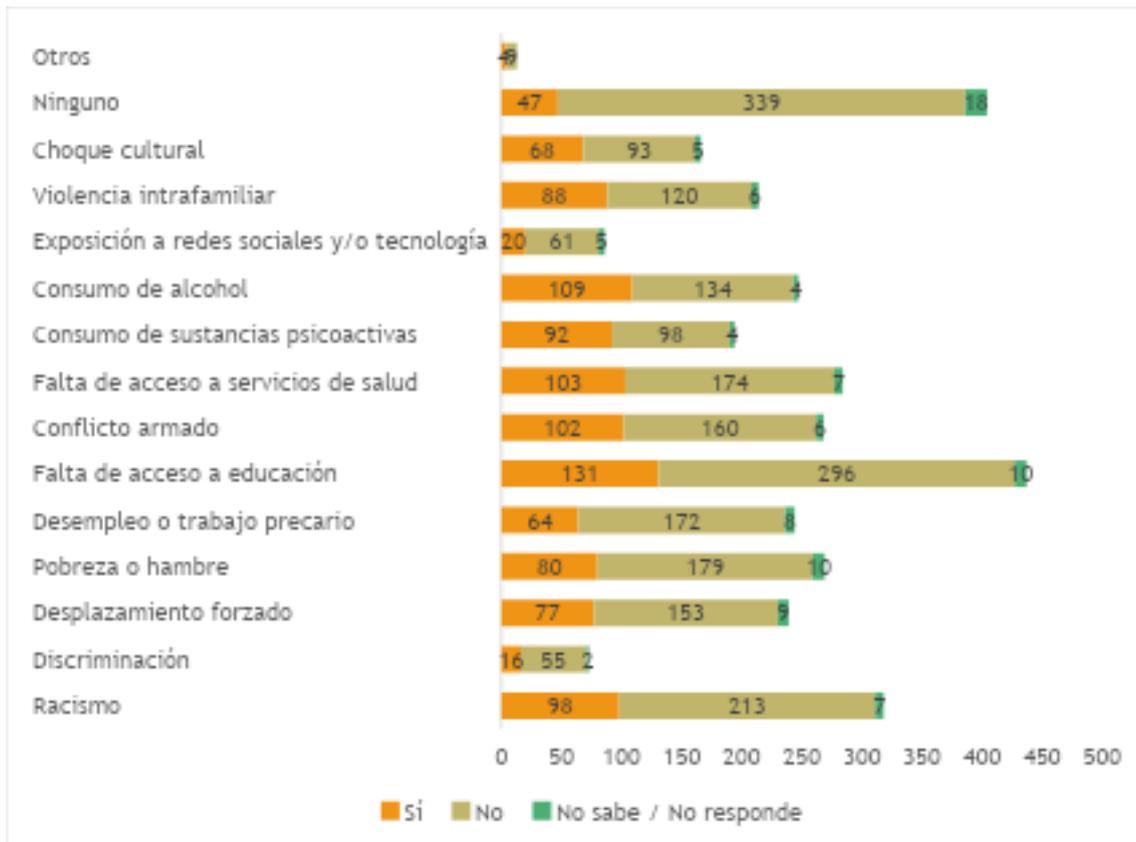


El análisis bivariado permite identificar una relación significativa entre la experiencia de determinados factores adversos y la presencia de pensamientos de hacerse daño o acabar con la propia vida. De manera general, el 20,3% de las personas encuestadas manifestó haber tenido este tipo de pensamientos. Sin embargo, este porcentaje se incrementa de forma notable entre quienes han estado expuestos a ciertos factores específicos.

Los consumos problemáticos están fuertemente asociados a pensamientos suicidas. Entre quienes mencionaron el consumo de sustancias psicoactivas como un factor que ha afectado su salud mental, el 47,4% reportó haber tenido pensamientos autolesivos. En quienes señalaron el consumo de alcohol, la proporción también es alta (44,1%), lo que sugiere una fuerte asociación entre el uso de estas sustancias y el malestar emocional severo.

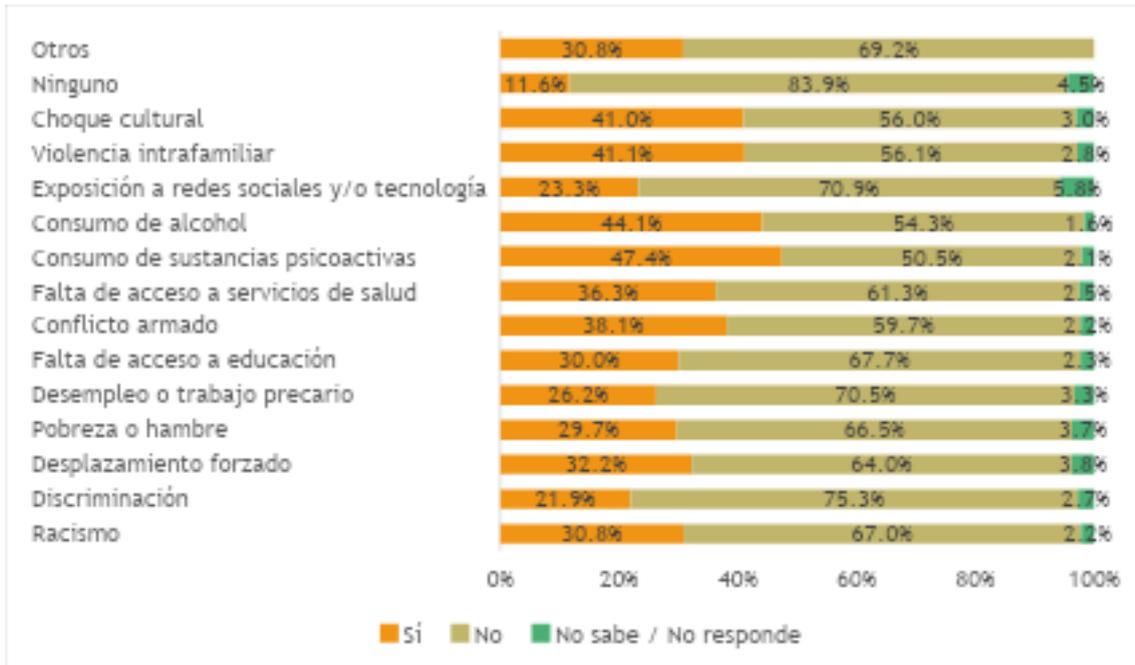
Asimismo, los eventos violentos y estructurales muestran una alta prevalencia de pensamientos suicidas. El 38,1% de quienes mencionaron el conflicto armado, y el 36,3% de quienes señalaron la falta de acceso a servicios de salud, reportaron haber tenido estos pensamientos. También se observan cifras elevadas en quienes experimentaron violencia intrafamiliar (41,1%) y choque cultural (41,0%).

Entre quienes reportaron racismo, pobreza, desplazamiento forzado, falta de acceso a educación, y desempleo o trabajo precario, alrededor de entre el 26% y el 32% manifestaron haber tenido pensamientos suicidas, lo que revela cómo múltiples dimensiones de exclusión social contribuyen al deterioro de la salud mental.



En contraste, solo el 11,6% de las personas que no reportaron ningún factor que afectara su salud mental manifestaron haber tenido pensamientos suicidas, cifra considerablemente inferior a la de quienes enfrentan condiciones adversas. Además, entre quienes indicaron exposición a redes sociales o tecnología, el 23,3% reportó haber tenido pensamientos de autolesión, lo cual puede estar relacionado con fenómenos como la sobreexposición, el ciberacoso o la ansiedad digital.

Estos resultados evidencian que los pensamientos suicidas están fuertemente vinculados con experiencias de exclusión, violencia, pobreza y consumo problemático, y refuerzan la necesidad de abordajes integrales que consideren tanto la salud mental como los determinantes sociales.

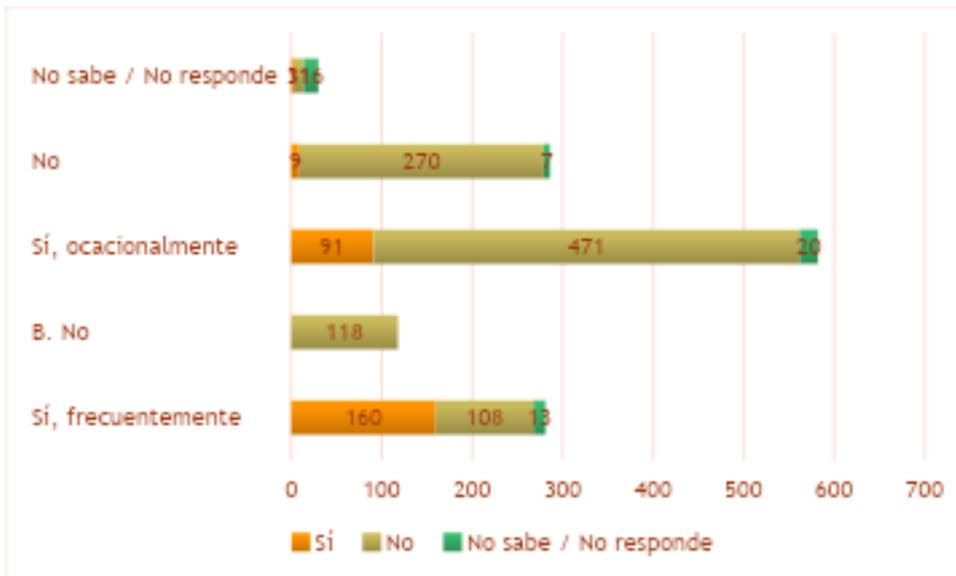


### 8.2.3.2. Asociación entre sentimientos de tristeza y pensamientos suicidas

Los resultados muestran una fuerte relación entre haber experimentado tristeza o desánimo y la presencia de pensamientos de hacerse daño o acabar con la vida. Esta asociación es especialmente notoria en quienes manifestaron haber sentido tristeza con mayor frecuencia.

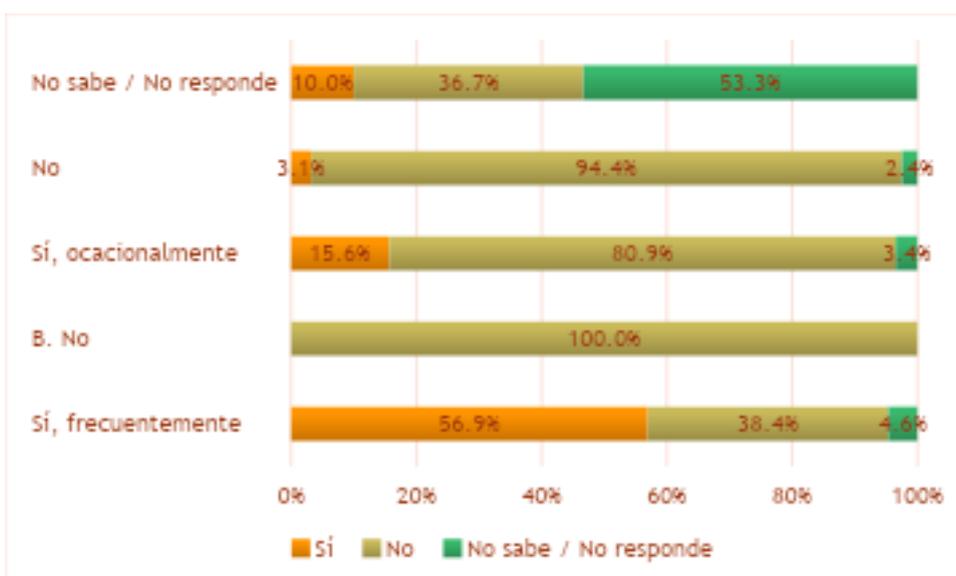
Entre quienes reportaron sentirse frecuentemente tristes o desanimados, el 56,9% indicó haber tenido pensamientos suicidas, una cifra significativamente más alta que en otros grupos. En contraste, entre quienes nunca han sentido tristeza o desánimo, ninguna persona manifestó haber tenido estos pensamientos, lo que sugiere que el malestar emocional persistente es un claro factor de riesgo para la ideación suicida.

Entre quienes expresaron haber sentido tristeza ocasionalmente, el 15,6% reportó pensamientos de autolesión, mientras que esta cifra desciende a solo 3,1% entre quienes no han experimentado tristeza recientemente. Por otro lado, del grupo que no respondió o no sabe, el 10,0% también manifestó haber tenido este tipo de pensamientos.



En sentido inverso, la mayoría de quienes no han tenido pensamientos suicidas pertenecen a los grupos que declararon no sentirse tristes o solo ocasionalmente: el 80,9% de quienes han estado tristes ocasionalmente, y el 94,4% de quienes no han sentido tristeza, respondieron negativamente ante la pregunta sobre ideación suicida.

Estos hallazgos evidencian una correlación clara entre el estado emocional negativo y la ideación suicida, reafirmando la importancia de identificar tempranamente síntomas de tristeza persistente como parte fundamental de las estrategias preventivas en salud mental.

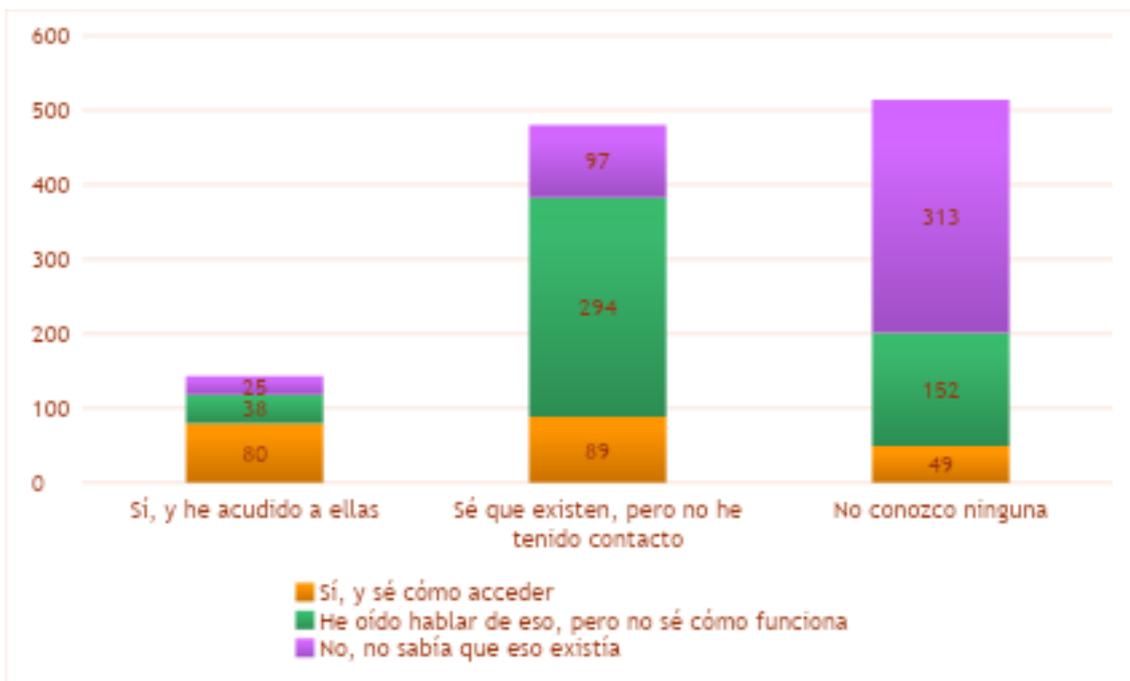


### 8.2.4. Conocimiento y ejercicio de derechos y políticas públicas en salud mental

Los resultados evidencian una asociación importante entre el conocimiento y la interacción con organizaciones comunitarias o defensoras de derechos humanos, y el nivel de información que las personas tienen sobre rutas de atención prioritaria en salud mental.

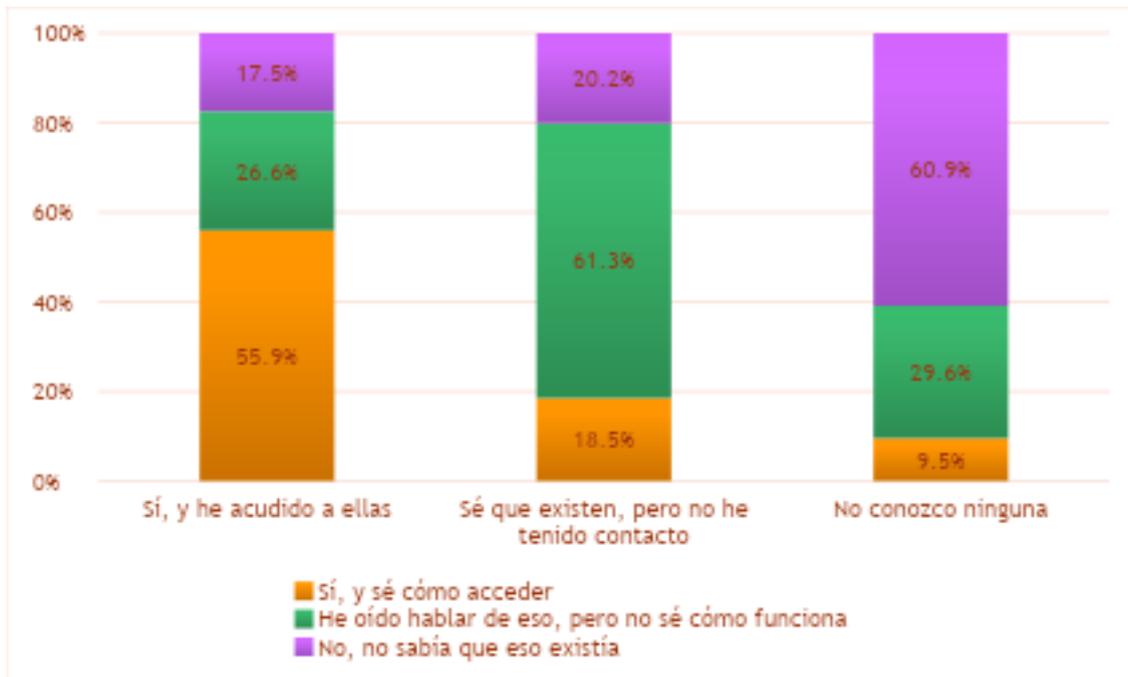
Entre quienes conocen y han acudido a estas organizaciones, más de la mitad (55,9%) declaró conocer la existencia de rutas de atención prioritaria y saber cómo acceder a ellas. En este mismo grupo, solo el 17,5% manifestó no saber que existían este tipo de servicios.

Por el contrario, entre quienes no conocen ninguna organización comunitaria, una amplia mayoría (60,9%) indicó desconocer por completo la existencia de rutas de atención para crisis emocionales, y solo un 9,5% sabe cómo acceder a ellas.



Asimismo, quienes saben que existen estas organizaciones pero no han tenido contacto con ellas, muestran un nivel intermedio de conocimiento: el 18,5% sabe cómo acceder a las rutas de atención, el 61,3% ha oído hablar de ellas sin conocer su funcionamiento, y un 20,2% las desconoce completamente.

Estos hallazgos permiten afirmar que existe una correlación positiva entre el vínculo con organizaciones comunitarias y el conocimiento sobre mecanismos de atención en salud mental, lo que destaca la relevancia de fortalecer el tejido comunitario como estrategia clave para la difusión de información vital en contextos de crisis emocional o psicológica.



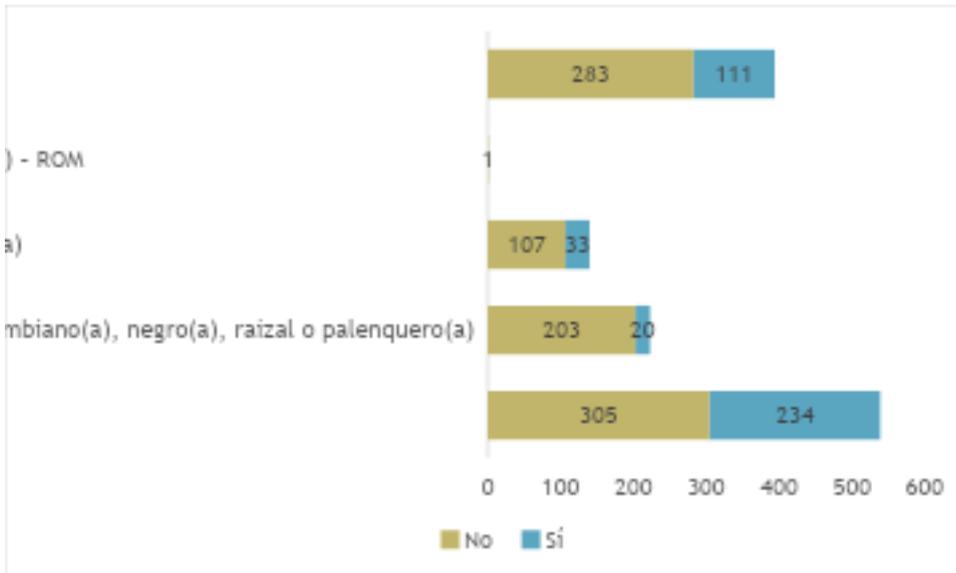
## 8.2.5. Conocimiento de Estrategias Comunitarias

### 8.2.5.1. Espacios colectivos para hablar sobre salud mental según grupo étnico

El análisis muestra diferencias notables en la existencia de espacios colectivos para hablar sobre salud mental según el grupo étnico al que se adscriben las personas.

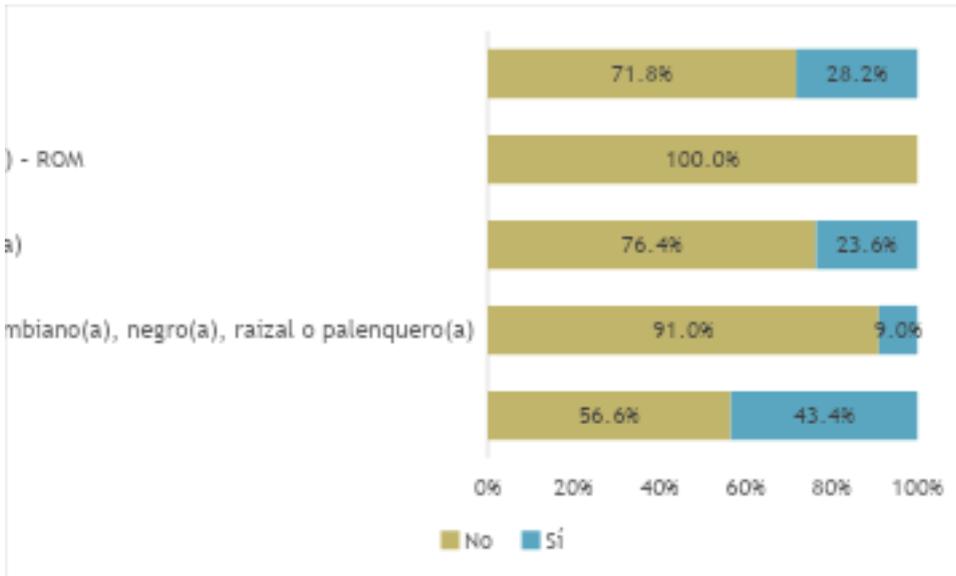
En la población que se identifica como afrocolombiana, negra, raizal o palenquera, el 91,0% indicó que no existen estos espacios en su comunidad, mientras solo el 9,0% reportó que sí. Igualmente, entre las personas mestizas, el 76,4% señaló la ausencia de estos espacios, frente al 23,6% que los reconoce.

Por el contrario, en las comunidades indígenas, los resultados son más equilibrados: el 43,4% manifestó que sí hay espacios colectivos para hablar de salud mental, frente a un 56,6% que indicó lo contrario. Esta cifra representa el mayor reconocimiento de este tipo de espacios entre todos los grupos étnicos analizados.



Las personas que no se identifican con ningún grupo étnico también presentan una alta proporción de respuestas negativas: el 71,8% no percibe la existencia de espacios comunitarios de salud mental, y solo el 28,2% sí los reconoce.

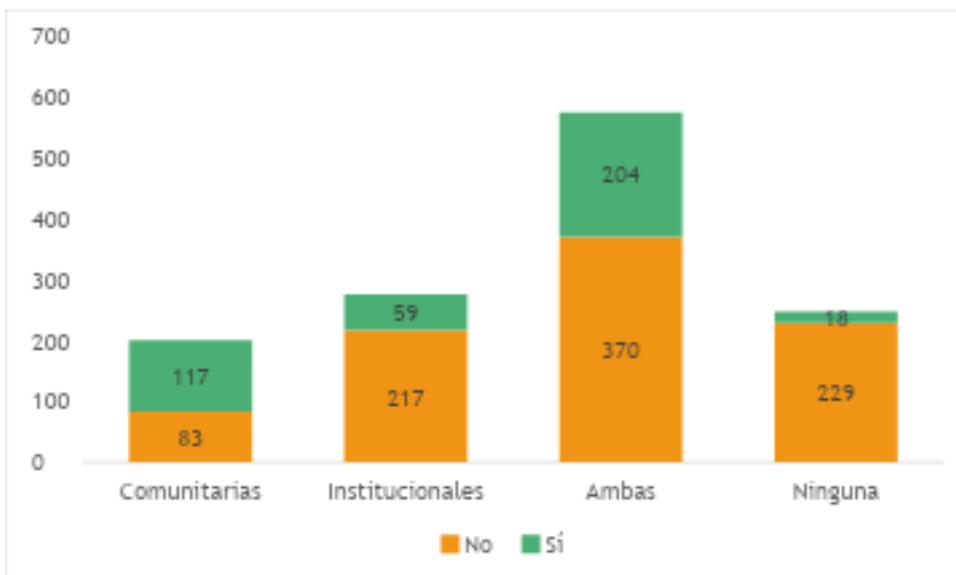
Estos resultados sugieren que la presencia de espacios colectivos para hablar sobre salud mental varía considerablemente según las dinámicas culturales y organizativas propias de cada grupo étnico, destacando el mayor nivel de organización o reconocimiento en comunidades indígenas.



**8.2.5.2. Espacios colectivos y confianza en estrategias comunitarias o institucionales**

También se observan diferencias claras en la percepción de espacios comunitarios según la confianza depositada en las estrategias de atención en salud mental.

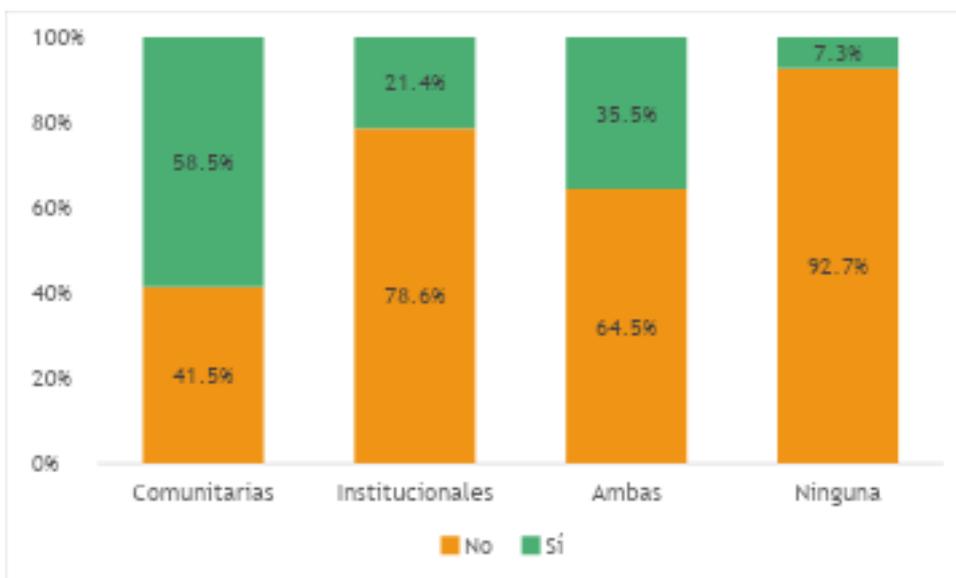
Entre quienes indicaron confiar más en estrategias comunitarias, el 58,5% afirmó que en su comunidad sí existen espacios para hablar sobre salud mental. Esta es la mayor proporción de reconocimiento entre todos los grupos de confianza analizados.



En contraste, quienes confían más en estrategias institucionales presentan una baja percepción de estos espacios: el 78,6% reportó que no existen en su comunidad. De forma similar, entre quienes no confían en ninguna estrategia, el 92,7% indicó la ausencia de dichos espacios.

Incluso entre quienes manifiestan confiar en ambas estrategias, la mayoría (64,5%) considera que no hay espacios comunitarios de salud mental.

En conjunto, los datos permiten afirmar que la percepción de existencia de espacios colectivos para hablar de salud mental está estrechamente vinculada a la confianza en enfoques comunitarios, lo cual refuerza la necesidad de fortalecer procesos locales participativos como parte de la respuesta a las problemáticas en salud mental.

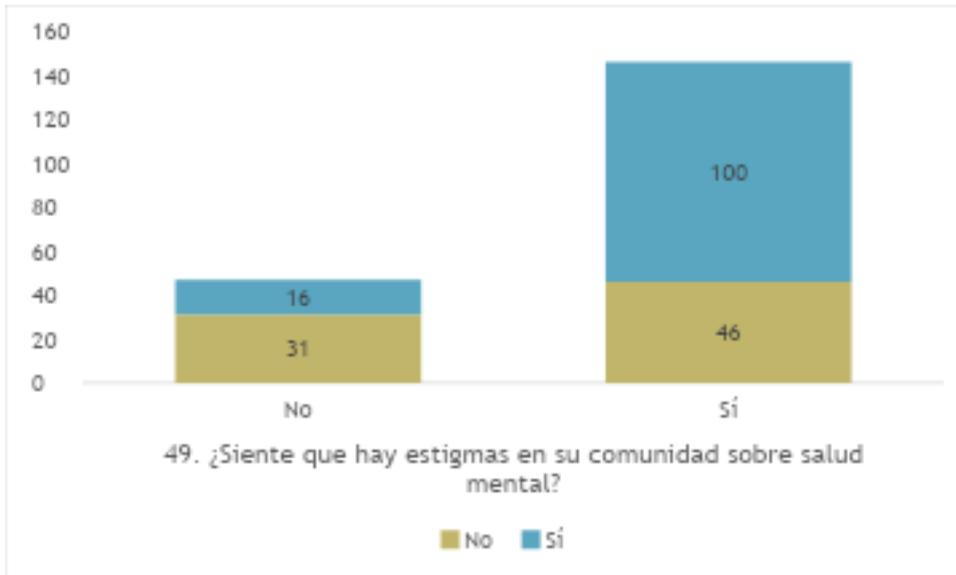


## 8.2.6. Barreras percibidas

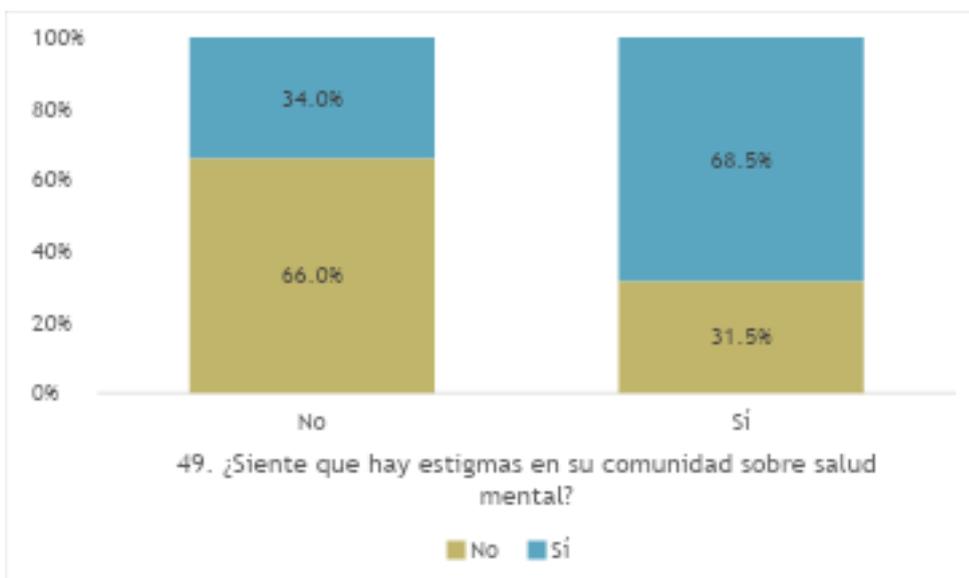
### 8.2.6.1. Estigmas sobre salud mental y evitación de ayuda por temor al rechazo social

El análisis bivariado entre la percepción de estigmas sobre salud mental en la comunidad y la decisión de evitar o no la búsqueda de ayuda por temor al rechazo social revela una asociación significativa entre ambas variables.

Entre las personas que no perciben estigmas en su comunidad, el 66,0% señaló que no ha evitado buscar ayuda, mientras que un 34,0% admitió haberlo hecho. En cambio, entre quienes sí identifican estigmas, el 68,5% declaró que ha evitado buscar apoyo profesional en salud mental, frente a un 31,5% que no lo ha hecho.



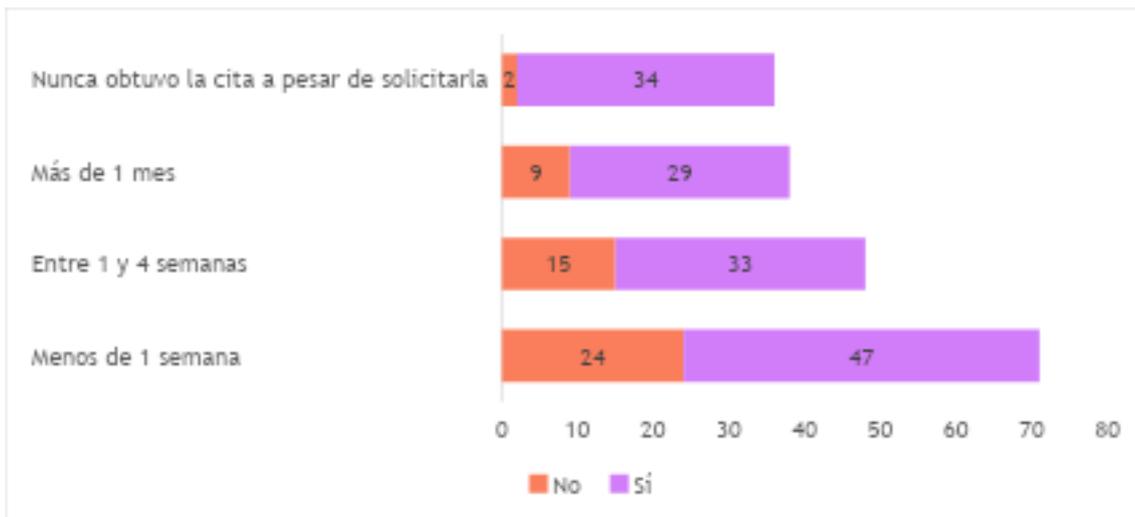
Estos datos muestran que la presencia de estigmas en la comunidad tiene un fuerte efecto inhibitor en la búsqueda de atención en salud mental, lo que resalta la necesidad urgente de campañas de sensibilización para reducir la estigmatización.



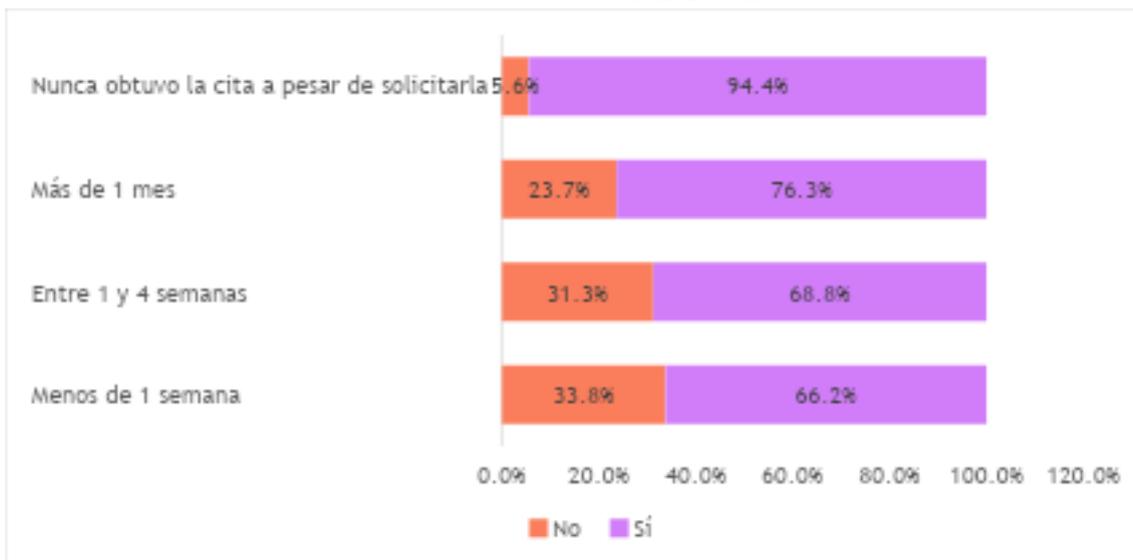
8.2.6.2. *Tiempo de espera para la primera cita y disponibilidad de profesionales*

Respecto a la relación entre el tiempo de espera para la primera cita en salud mental y las dificultades percibidas por falta de disponibilidad de profesionales, los resultados evidencian un patrón claro: a mayor tiempo de espera, mayor percepción de dificultades.

Entre quienes obtuvieron una cita en menos de una semana, el 66,2% reportó haber enfrentado dificultades por falta de disponibilidad profesional, mientras que en quienes esperaron más de un mes, este porcentaje asciende al 76,3%. La situación es más crítica entre quienes nunca obtuvieron la cita pese a haberla solicitado, donde el 94,4% manifestó haber tenido dificultades relacionadas con la disponibilidad de profesionales.



En contraste, únicamente el 5,6% de este último grupo señaló que no enfrentó dificultades. Esto sugiere que los tiempos prolongados de espera están estrechamente asociados a la escasez o inaccesibilidad de profesionales en salud mental, representando una barrera estructural que impacta de forma directa en la atención oportuna.



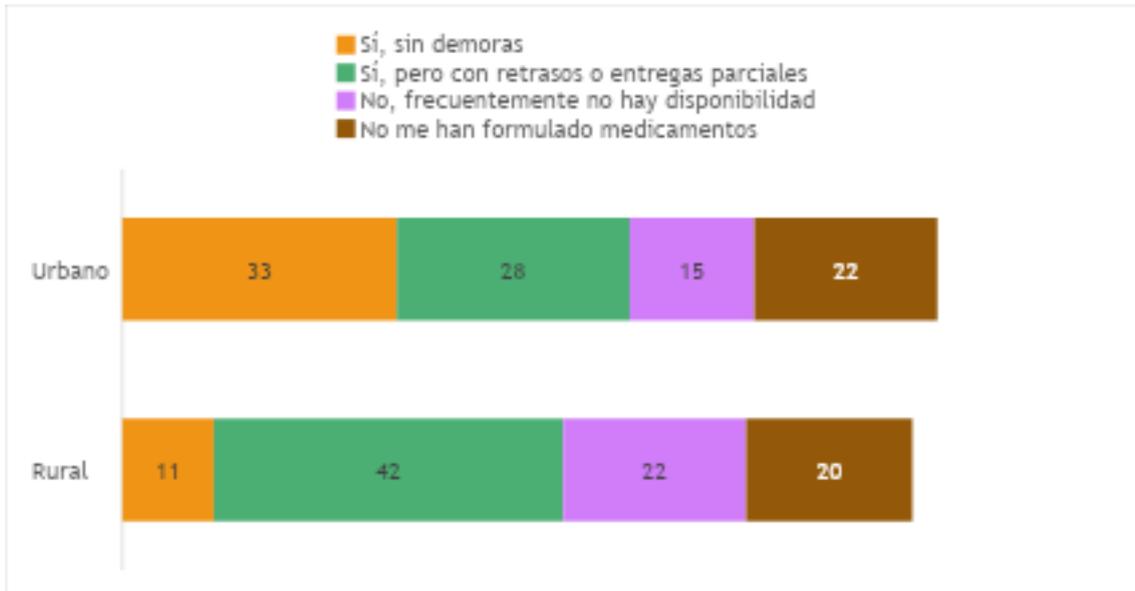
## 8.2.7. Acceso y Atención a Servicios de Salud Mental

### 8.2.7.1. Zona de residencia y oportunidad en la recepción de medicamentos para salud mental

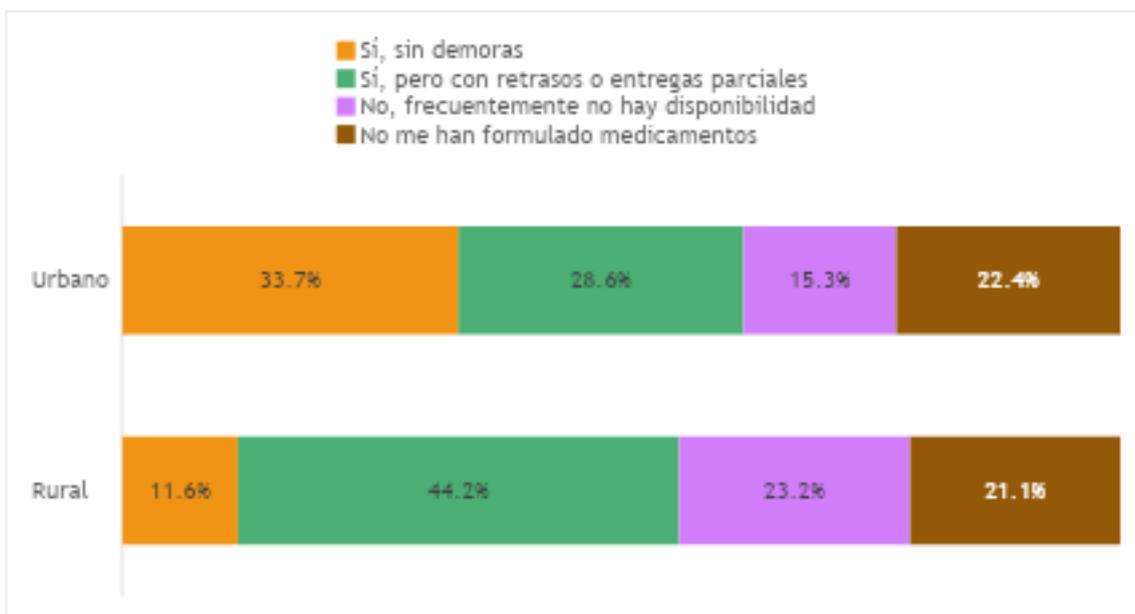
El acceso oportuno a los medicamentos recetados para condiciones de salud mental varía de manera importante según el tipo de zona en la que habitan las personas.

Entre quienes residen en zonas urbanas, el 33,7% indicó recibir los medicamentos sin demoras, cifra considerablemente mayor al 11,6% reportado en zonas rurales. Por el contrario, en las zonas rurales, el 44,2% de las personas señaló recibir los medicamentos con retrasos o entregas parciales, frente al 28,6% en las zonas urbanas.

Asimismo, el 23,2% de los habitantes de zonas rurales afirmó que frecuentemente no hay disponibilidad de medicamentos, porcentaje superior al 15,3% registrado en áreas urbanas. Por último, la proporción de personas que señalaron no haber sido formuladas con medicamentos fue similar en ambas zonas (21,1% en rural y 22,4% en urbano).



Estos resultados evidencian desigualdades territoriales en el acceso a tratamientos farmacológicos para salud mental, donde las personas que viven en zonas rurales enfrentan mayores barreras tanto en disponibilidad como en oportunidad, lo que puede comprometer la continuidad del tratamiento y su efectividad.



### 8.3. Análisis Multivariado

Con el propósito de identificar patrones complejos y estructuras latentes en las experiencias de salud mental de la población encuestada, se desarrolló un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM). Esta técnica multivariada es especialmente útil

para explorar asociaciones entre múltiples variables categóricas, permitiendo reducir la dimensionalidad del conjunto de datos y visualizar agrupamientos significativos entre categorías de respuesta.

Inicialmente, se seleccionaron 13 variables clave que abordan diferentes dimensiones del fenómeno investigado, incluyendo síntomas emocionales, acceso a servicios, barreras institucionales, factores estructurales, aspectos culturales y contextuales, así como características sociodemográficas. Estas variables fueron:

- P1. Edad
- P2. Sexo
- P8. Zona de residencia (rural/urbano)
- 11. Factores que han afectado la salud mental
- 16. Tiempo de desplazamiento hasta un especialista en salud mental
- 18. Percepción de pertinencia cultural en la atención recibida
- 31. Pensamientos de hacerse daño o acabar con la vida
- 35. Existencia de espacios colectivos en la comunidad para hablar sobre salud mental
- 44. Diagnóstico de salud mental emitido por un profesional
- 49. Percepción de estigmas comunitarios sobre salud mental
- 50. Evitación de búsqueda de ayuda por temor al rechazo social
- 52. Dificultades por falta de disponibilidad de profesionales
- 56. Entrega oportuna de medicamentos recetados para salud mental

Posteriormente, se examinó la contribución de cada variable a las primeras cinco dimensiones extraídas por el ACM, con el fin de identificar aquellas categorías que eran más representativas y que aportaban significativamente a la explicación de la variabilidad del fenómeno. Con base en este análisis, se depuraron algunas variables que presentaban baja calidad de representación o escasa contribución, y se consolidaron las dimensiones más relevantes para una interpretación sustantiva del espacio factorial.

Este análisis permitió construir un mapa factorial que ilustra las interrelaciones entre perfiles sociodemográficos, diagnósticos, experiencias de acceso, barreras percibidas y elementos culturales o comunitarios. Los resultados del ACM ofrecen una mirada integral que complementa los hallazgos univariados y bivariados, destacando las

combinaciones de condiciones que configuran situaciones de mayor vulnerabilidad o exclusión en salud mental en los territorios priorizados.

### 8.3.1. Análisis de Correspondencia múltiples con todas las variables más importantes

En términos estadísticos, el Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) permitió descomponer la información contenida en las variables categóricas seleccionadas en un conjunto de ejes factoriales o dimensiones, que agrupan las relaciones entre las categorías según patrones compartidos. Cada uno de estos ejes representa una porción de la variabilidad total explicada del sistema de datos.

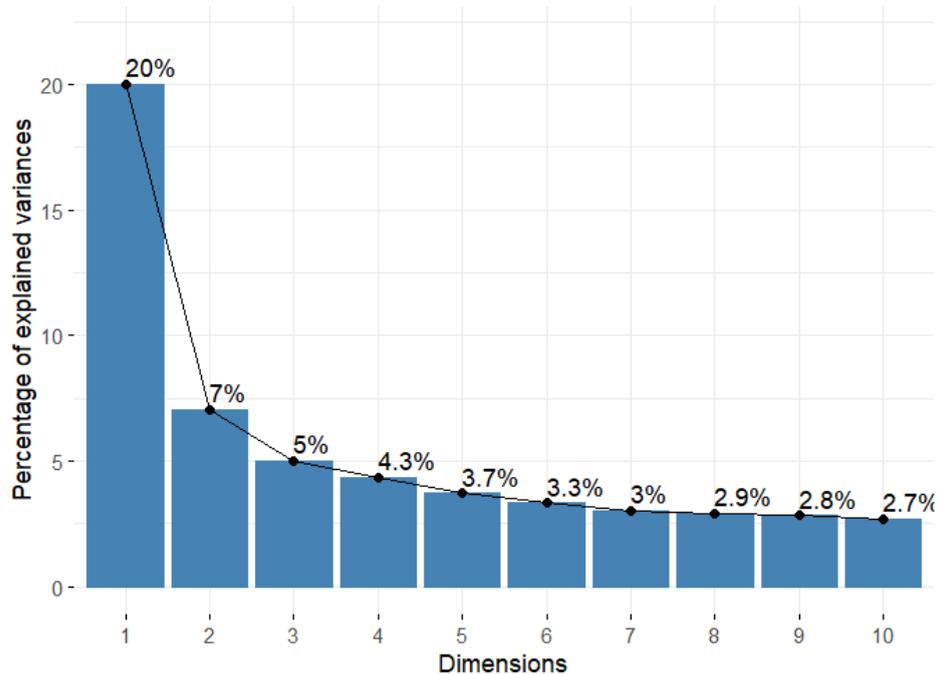
El primer eje factorial recogió un 20,0% de la varianza total, lo cual evidencia una dimensión estructural importante en la explicación de las diferencias entre perfiles. Sin embargo, esta dimensión por sí sola no es suficiente para capturar la complejidad del fenómeno. El segundo eje explicó un 7,0%, el tercero un 5,0%, el cuarto un 4,3%, y el quinto un 3,7% de la varianza. En conjunto, las primeras cinco dimensiones capturan aproximadamente el 40% de la varianza total, lo que es esperable en estudios de carácter social con múltiples variables categóricas y una alta dispersión entre categorías.

Dado que el primer plano factorial (Dimensión 1 y 2) solo explica un 27% de la varianza, se consideró necesario ampliar el análisis hacia los cinco primeros ejes factoriales para lograr una comprensión más robusta y representativa de la estructura de relaciones entre las variables.

Con este objetivo, se evaluaron los valores de representación ( $\cos^2$ ) y las contribuciones absolutas y relativas de cada variable y categoría en las cinco dimensiones principales. Aquellas variables cuyas categorías mostraron bajos niveles de representación acumulada en estos cinco ejes (es decir, que no se explican bien dentro del espacio factorial) fueron descartadas del análisis final, por considerarse que su aporte al modelo global era limitado o confuso.

Esta depuración metodológica garantiza que las variables retenidas para la interpretación del mapa factorial realmente contribuyan a identificar perfiles diferenciados, y que las dimensiones resultantes reflejen configuraciones significativas desde una perspectiva sustantiva y territorial sobre la salud mental en las regiones priorizadas.

Scree plot



Una primera dimensión marcada por los diagnósticos y las barreras estructurales:

La primera dimensión factorial se configura esencialmente como un eje que distingue a las personas en función de la presencia de diagnósticos clínicos de salud mental y las dificultades estructurales en el acceso a servicios. En el extremo derecho del gráfico, se agrupan de manera consistente diversas categorías asociadas con condiciones clínicas identificadas por profesionales de la salud –como depresión, ansiedad, trastorno bipolar, trastornos alimentarios, consumo de sustancias, pánico y esquizofrenia– junto con factores estructurales que afectan el bienestar mental, tales como el desempleo, la pobreza, el bajo nivel educativo, problemas de salud física y el consumo problemático de alcohol o sustancias psicoactivas.

También se ubican en este polo del eje varias barreras de atención importantes: dificultades en la disponibilidad de profesionales, retrasos en la entrega de medicamentos y tiempos prolongados para llegar a centros de atención. Esta agrupación da cuenta de un perfil que combina alta carga clínica con exclusión

estructural del sistema de salud, lo cual permite identificar un clúster especialmente vulnerable.

Por el contrario, en el lado opuesto del eje, o más cerca del origen, se sitúan las variables sociodemográficas clásicas como la edad, el sexo y el lugar de residencia (urbano o rural), así como preguntas relativas al estigma, el temor al rechazo o la existencia de espacios comunitarios. La cercanía de estas variables al centro del plano indica que, si bien son relevantes en términos descriptivos, no juegan un papel decisivo en la diferenciación de los perfiles que traza esta primera dimensión.

Una segunda dimensión asociada a vulnerabilidad social, exclusión y violencia:

La segunda dimensión explora un eje distinto, vinculado principalmente con experiencias de exclusión social, discriminación y violencia. En la parte superior del plano se agrupan variables que hacen referencia a la vivencia de desplazamiento forzado, pobreza, discriminación étnica, violencia intrafamiliar, así como a la dificultad para recibir una atención culturalmente adecuada. En esta dimensión también aparece el diagnóstico de pánico, lo cual sugiere una conexión entre experiencias traumáticas y síntomas de ansiedad extrema.

Este eje permite diferenciar a personas que han sido víctimas de múltiples formas de violencia estructural, de aquellas que, si bien pueden presentar síntomas o diagnósticos, no reportan experiencias similares de exclusión o victimización. Una vez más, las variables demográficas se sitúan cerca del origen, mostrando baja contribución explicativa en esta dimensión.

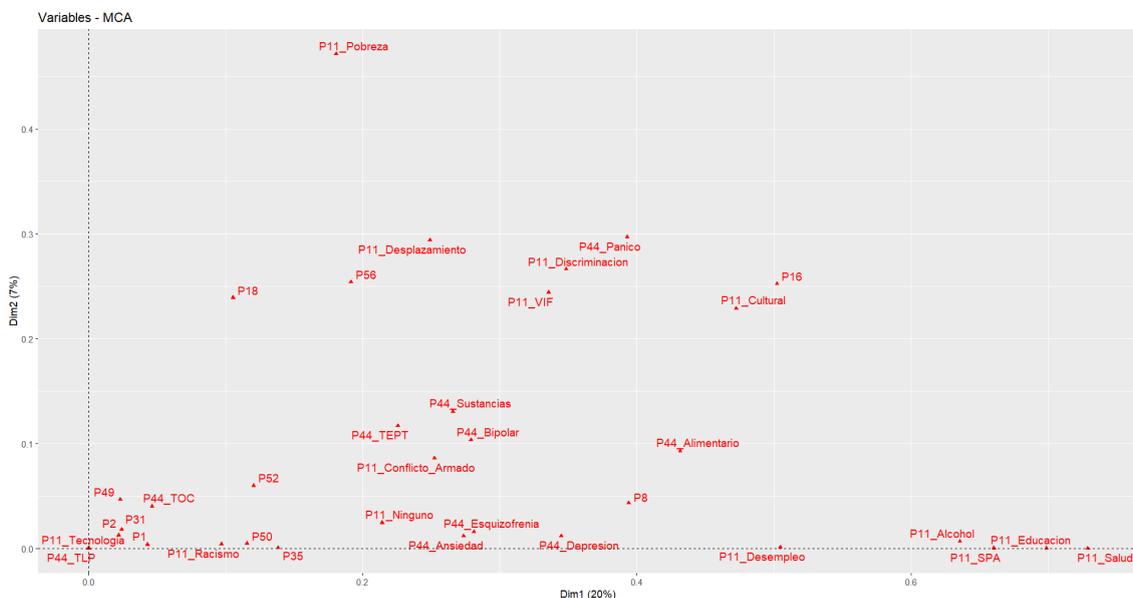
#### Patrones emergentes y agrupaciones conceptuales

El mapa factorial evidencia la formación de agrupamientos conceptualmente coherentes entre categorías de distintas variables. Por un lado, se observa una asociación fuerte entre diagnósticos clínicos y condiciones estructurales adversas, configurando un perfil de alta carga en salud mental y barreras persistentes en el acceso a servicios. Por otro, se identifican conglomerados de variables vinculadas a exclusión social y violencia –como desplazamiento, pobreza, racismo y violencia

intrafamiliar— que refuerzan el carácter estructural de muchas afectaciones mentales reportadas.

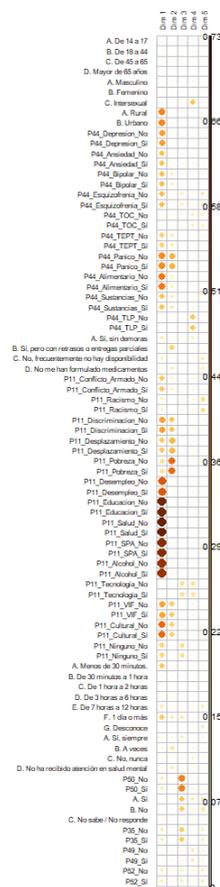
Finalmente, variables como la edad, el sexo, el tipo de zona de residencia o la presencia de espacios comunitarios aparecen como elementos más neutrales en esta configuración inicial, sin una asociación clara con los principales ejes de variación. Esto no implica que carezcan de relevancia en términos de salud mental, sino que no constituyen los factores que estructuran las principales diferenciaciones entre los perfiles observados.

Los resultados del primer plano factorial evidencian dos grandes vectores de diferenciación: por un lado, el vínculo entre carga clínica y condiciones estructurales de atención; por otro, las trayectorias de exclusión social y violencia. La identificación de estos patrones permite avanzar hacia una comprensión más compleja e interseccional de la salud mental en territorios históricamente marginados, destacando que los factores clínicos no pueden abordarse de manera aislada del contexto social, económico y político que los moldea.



Con base en el análisis de la calidad de representación de las variables en el primer plano factorial —evaluada a través de los cosenos cuadrados ( $\cos^2$ )— y su contribución en los cinco primeros ejes factoriales del Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM), se decidió excluir aquellas variables cuya representación fue baja o poco significativa. Las variables eliminadas fueron: la edad (P1), el sexo (P2), los

diagnósticos de TOC y TLP (P44\_TOC y P44\_TLP), la oportunidad en la recepción de medicamentos (P56), los factores de racismo y exposición a tecnología (P11\_Racismo y P11\_Tecnología), el tiempo de desplazamiento a un especialista (P16), la pertinencia cultural en la atención recibida (P18), la percepción de estigma (P49), y las dificultades por falta de disponibilidad de profesionales (P52). A partir de esta depuración, se realizó un nuevo ACM con las variables restantes, buscando mejorar la claridad interpretativa del espacio factorial y reforzar la identificación de los principales patrones latentes.

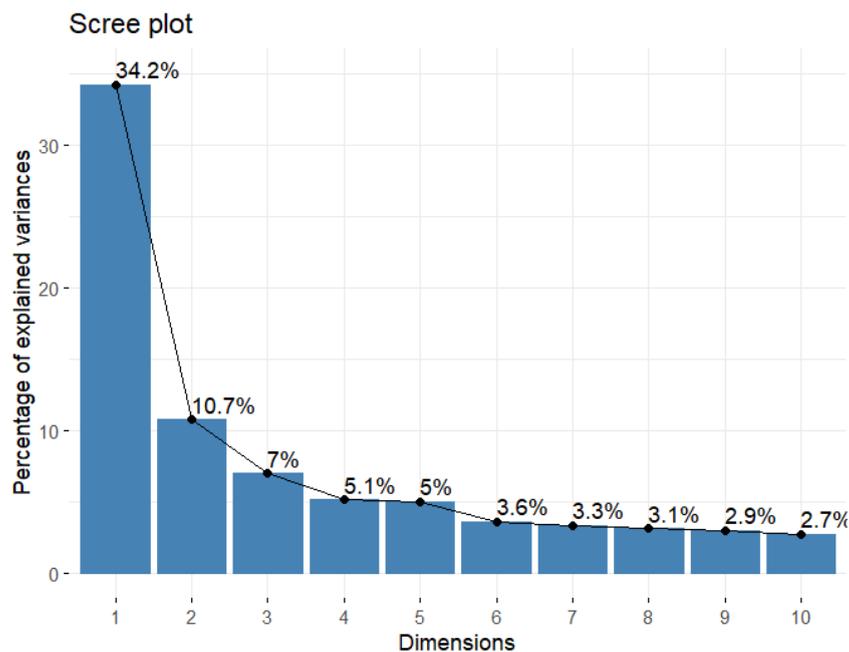


### 8.3.2. Análisis de Correspondencia múltiples con las variables que aportan mas calidad de representación en los primeros ejes

Tras la exclusión de las variables con baja calidad de representación, se realizó un nuevo Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM) centrado únicamente en aquellas variables con mayor aporte explicativo a las dimensiones principales. Este segundo

análisis permitió mejorar la definición de los perfiles identificados y aumentar la claridad en la interpretación del plano factorial. Las dimensiones conservadas mantuvieron una estructura similar, aunque con mayor concentración de inercia en los primeros ejes, lo que indica una mejor síntesis de la información. En particular, el nuevo plano factorial permitió diferenciar con mayor nitidez dos grandes agrupamientos: por un lado, personas con condiciones clínicas complejas y afectaciones estructurales severas; y por otro, personas que, aunque enfrentan dificultades, no presentan diagnósticos formales ni grandes barreras de acceso. Esta reestructuración analítica fortalece la utilidad del ACM para identificar patrones de exclusión en salud mental desde una perspectiva interseccional y territorial.

Al eliminar las variables previamente mencionadas, se obtuvo una mejora sustancial en la capacidad explicativa del análisis. En el nuevo Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM), el primer eje factorial concentró el 34,2% de la varianza, seguido por un 10,7% en el segundo eje, un 7% en el tercero, un 5,1% en el cuarto y un 5% en el quinto. Esta ganancia significativa en la varianza explicada sugiere que la depuración de variables permitió una representación más clara y robusta de las principales dimensiones estructurantes del fenómeno estudiado, facilitando así una mejor interpretación de los patrones de exclusión y las trayectorias diferenciadas en salud mental.



Con el objetivo de explorar las asociaciones entre distintas condiciones estructurales, sociales y clínicas relacionadas con la salud mental, se llevó a cabo un Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM). El análisis permitió reducir la complejidad del conjunto de variables, identificando dos dimensiones principales que explican conjuntamente el 44,9% de la variabilidad total: la Dimensión 1 (34,2%) y la Dimensión 2 (10,7%).

La Dimensión 1 representó un gradiente estructural-clínico, en el que se diferenciaron perfiles según la carga de condiciones estructurales adversas y presencia de diagnósticos clínicos. En el extremo derecho de esta dimensión se agruparon categorías como desempleo, bajo nivel educativo, consumo de sustancias psicoactivas, barreras en salud, y varios diagnósticos de salud mental (depresión, ansiedad, trastornos alimentarios, esquizofrenia y trastornos por uso de sustancias). Estas variables, ubicadas en una misma región del plano, sugieren una co-ocurrencia frecuente entre condiciones estructurales desfavorables y presencia de trastornos mentales, lo que configura un perfil de alta vulnerabilidad multidimensional.

Por el contrario, en el extremo izquierdo de esta dimensión se localizaron categorías como "ningún diagnóstico" (P11\_Ninguno), presencia de espacios comunitarios para hablar sobre salud mental (P35), y variables vinculadas a baja percepción de estigma (P50). Este conjunto refleja un perfil opuesto, caracterizado por ausencia de diagnóstico clínico y posibles formas de soporte social o comunitario, lo cual podría actuar como factor protector frente a la afectación en salud mental.

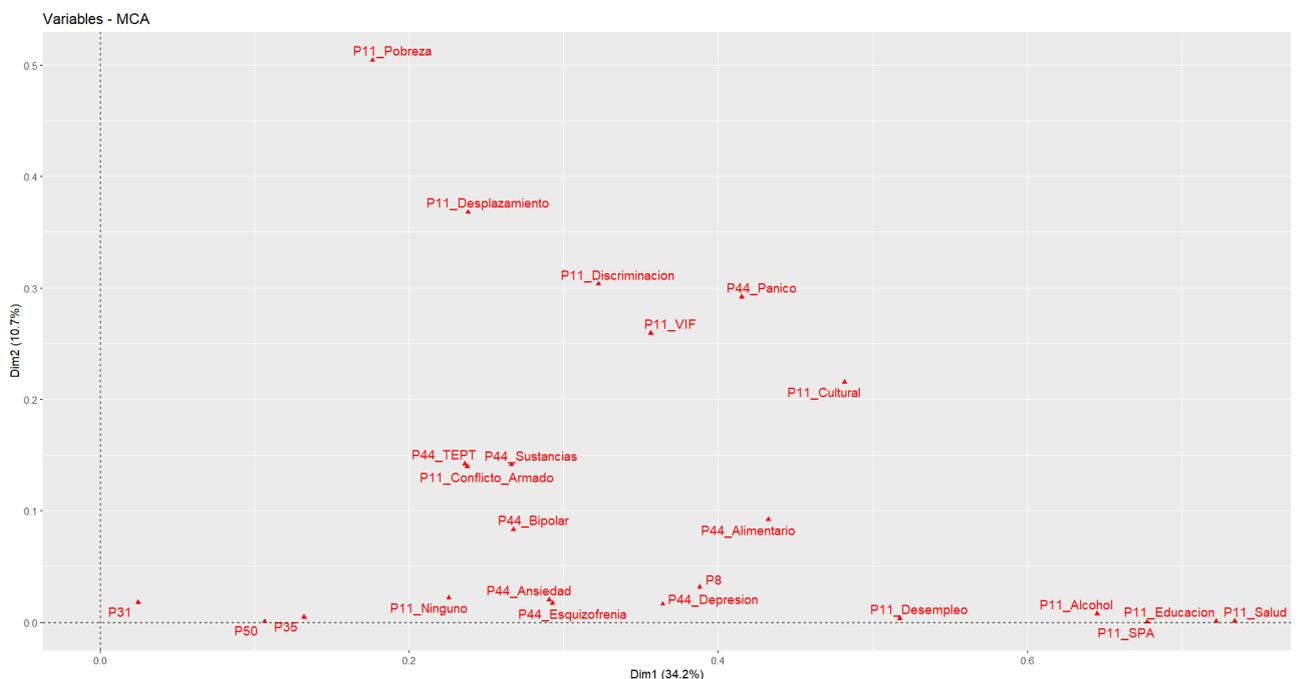
Por su parte, la Dimensión 2 capturó un eje vinculado a la exclusión sociopolítica y la violencia estructural. En la parte superior del plano se agruparon variables como pobreza, desplazamiento forzado, discriminación, violencia intrafamiliar y barreras culturales en el acceso a servicios. Este conjunto fue acompañado por el diagnóstico de trastorno de pánico, lo que sugiere una posible asociación entre trayectorias de victimización o exclusión y ciertas manifestaciones clínicas relacionadas con el trauma. La ubicación conjunta de estas variables indica un perfil marcado por experiencias de violencia y marginación, tanto estructural como interpersonal.

En cambio, en la parte inferior de esta dimensión se agruparon variables clínicas como depresión, esquizofrenia y ansiedad, que, si bien significativas desde el punto de vista clínico, no se relacionan de forma tan directa con condiciones de exclusión extrema como las identificadas anteriormente.

La proximidad entre categorías permitió identificar tres agrupamientos conceptuales en los datos:

- Perfil clínico-estructural: participantes con uno o más diagnósticos clínicos y exposición a factores estructurales adversos (como desempleo, bajo acceso a salud o consumo de sustancias).
- Perfil de exclusión y victimización: personas afectadas por pobreza, desplazamiento, discriminación y violencia, con síntomas compatibles con trastornos de pánico o estrés postraumático.
- Perfil comunitario sin diagnóstico: personas sin diagnósticos clínicos, con presencia de recursos comunitarios o menor percepción de estigma, lo que puede interpretarse como un perfil resiliente o protector.

Estos hallazgos permiten comprender la salud mental no solo desde la presencia o ausencia de síntomas clínicos, sino como un fenómeno profundamente vinculado a condiciones sociales, estructurales y culturales, lo que refuerza la necesidad de enfoques integrales e intersectoriales en el abordaje de la salud mental.



Para evaluar la fidelidad con la que las categorías de las variables se representan en el plano factorial conformado por las Dimensiones 1 y 2 del Análisis de Correspondencias Múltiples (ACM), se examinó el valor de los cosenos cuadrados ( $\cos^2$ ). Este indicador permite identificar qué tan bien se proyectan las categorías en

dicho plano: a mayor valor, mejor es la representación y mayor confianza puede tenerse en la interpretación de su ubicación.

En el gráfico de barras se observa que varias categorías presentan una excelente calidad de representación ( $\cos^2 \geq 0.70$ ). Entre ellas se destacan:

- Condiciones estructurales como no tener acceso a salud (P11\_Salud\_No), no haber accedido a educación (P11\_Educacion\_No), y vivir en situación de pobreza (P11\_Pobreza\_Si).
- Barreras de acceso como barreras culturales (P11\_Cultural\_Si) y violencia intrafamiliar (P11\_VIF\_Si).
- Algunos diagnósticos clínicos, especialmente trastorno de pánico (P44\_Panico\_Si) y trastorno alimentario (P44\_Alimentario\_Si).

Estas categorías, al encontrarse bien representadas en el plano factorial, fueron fundamentales para la configuración de las dos dimensiones extraídas. Es decir, contribuyen significativamente a la interpretación de los perfiles de exclusión social y de afectación clínica previamente descritos.

En contraste, otras categorías presentan una representación más débil en el primer plano ( $\cos^2 < 0.40$ ). Tal es el caso de:

- Variables de apoyo comunitario como participación en espacios para hablar de salud mental (P35\_Si) y acciones comunitarias (P89\_Si).
- Respuestas de no aplicación o no respuesta como "No sabe/No responde" y la categoría A\_Si (posiblemente una variable con baja varianza o presencia marginal en la muestra).

Estas categorías, si bien forman parte del análisis global, deben interpretarse con mayor cautela, ya que su proyección en las dimensiones 1 y 2 no recoge adecuadamente su posición en el espacio multidimensional. Es posible que estén mejor representadas en dimensiones superiores (por ejemplo, la dimensión 3 o 4), o bien que su contribución al patrón global de asociaciones sea limitada.

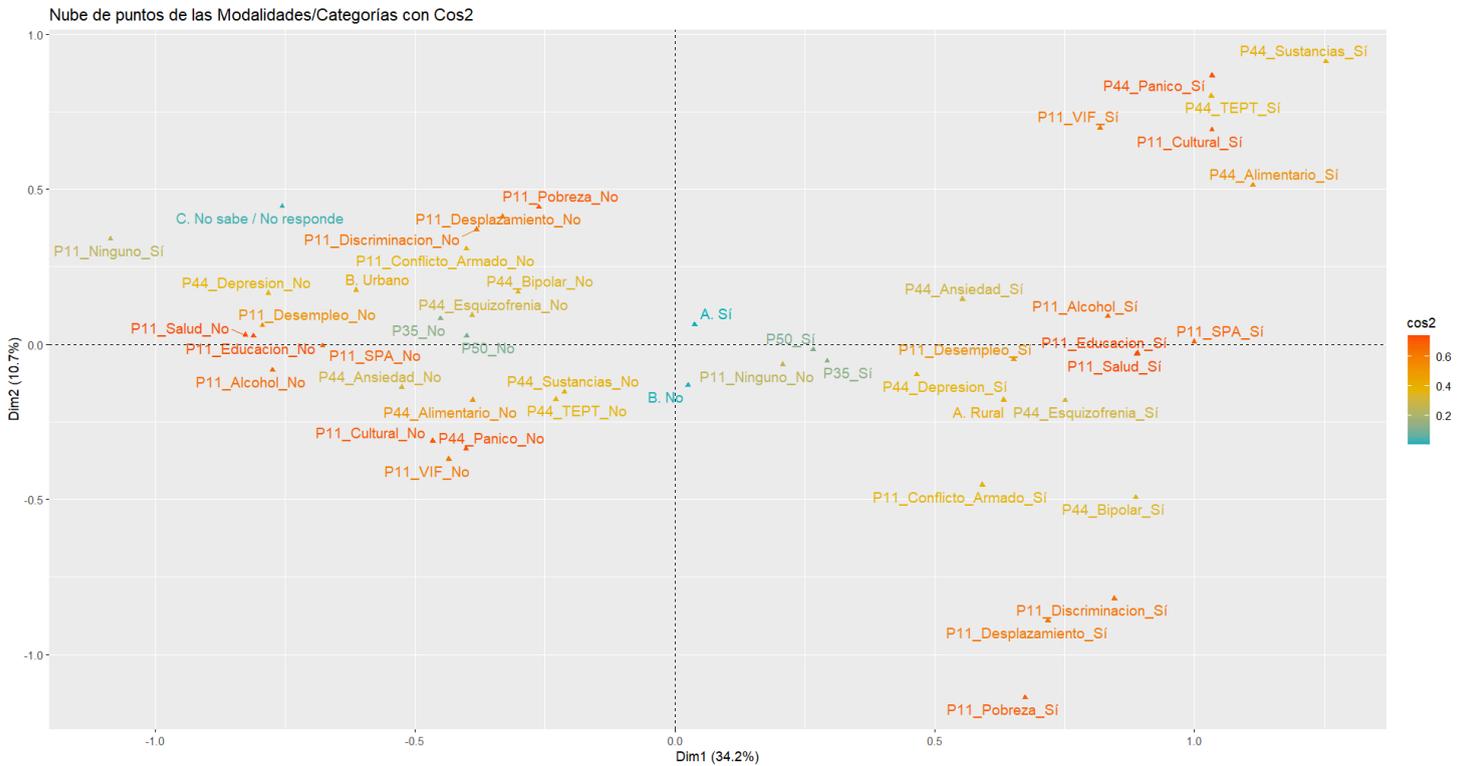
En suma, el gráfico de  $\cos^2$  refuerza la solidez interpretativa de un conjunto relevante de variables estructurales y clínicas, al tiempo que invita a tomar precauciones al considerar categorías marginales o poco informativas en el espacio de las dos primeras dimensiones.



indicando una asociación entre diversas formas de exclusión estructural. Su proximidad sugiere que estas condiciones tienden a presentarse conjuntamente en ciertos perfiles.

- Dimensión rural-urbana y participación comunitaria en el cuadrante inferior derecho: Las modalidades zona rural (A\_Rural), participación en espacios (P35\_Sí) y diagnóstico de esquizofrenia (P44\_Esquizofrenia\_Sí) se posicionan relativamente cerca, lo que podría indicar una relación entre ubicación territorial, participación comunitaria y ciertas condiciones clínicas, aunque su representación es de moderada a baja ( $\cos^2 < 0.5$ ), por lo que debe interpretarse con precaución.
- Oposición entre modalidades excluyentes: Algunas categorías aparecen en extremos opuestos del plano, indicando perfiles claramente diferenciados. Por ejemplo:
  - o P11\_Pobreza\_Sí y P11\_Pobreza\_No se ubican en direcciones opuestas, lo que refleja su contribución divergente a la dimensión 1.
  - o De igual forma, P11\_Discriminacion\_Sí y P11\_Discriminacion\_No están separados en el eje vertical (Dimensión 2), lo que podría reflejar diferencias en experiencias psicosociales relacionadas con el estigma o trato desigual.
- Categorías con baja contribución o ambigüedad: Las modalidades "No sabe / No responde", A\_Sí, B\_No y P11\_Ninguno\_Sí presentan valores bajos de  $\cos^2$  (tonos verdes), y su ubicación central sugiere que no están fuertemente asociadas con ninguna de las dimensiones principales. Estas categorías podrían corresponder a respuestas poco informativas o a perfiles no claramente definidos.

En conjunto, el análisis gráfico permite identificar ejes latentes de diferenciación, en los que la primera dimensión parece capturar un gradiente de exclusión estructural y afectación clínica, mientras que la segunda podría reflejar factores contextuales o psicosociales adicionales (como discriminación, desplazamiento o entorno rural). La interpretación debe centrarse en las categorías con alta calidad de representación, dado que aportan mayor confiabilidad al análisis.



## 9. Conclusiones

- Los resultados de este estudio permiten evidenciar que la salud mental en los territorios históricamente marginados de Colombia, particularmente en los departamentos de Chocó, La Guajira, Caquetá, Guainía, Vaupés y Amazonas, constituye una dimensión crítica y vulnerable de los derechos humanos, atravesada por múltiples desigualdades estructurales y deficiencias institucionales.
- En primer lugar, la salud mental se configura como un derecho sistemáticamente vulnerado, tal como lo demuestra la persistencia de barreras de acceso a servicios especializados. Una proporción significativa de las personas diagnosticadas con algún trastorno mental enfrentaron esperas prolongadas para acceder a la primera cita médica, e incluso un 18,7% reportó que nunca obtuvo la cita a pesar de solicitarla. Adicionalmente, solo un tercio

de quienes requerían medicamentos los recibieron sin demoras, con claras desventajas para la población rural, donde las demoras y la falta de disponibilidad son más frecuentes.

- En segundo lugar, se confirman desigualdades estructurales asociadas a factores sociales, económicos y políticos. El conflicto armado, el racismo, el desplazamiento forzado, el desempleo, la pobreza y la falta de acceso a educación fueron identificados como principales factores que afectan la salud mental, especialmente entre personas que no han recibido atención formal oportuna. Entre quienes han experimentado afectaciones, se observa una mayor frecuencia de pensamientos suicidas, particularmente en personas jóvenes (30,8% entre quienes tienen 14 a 17 años) y en quienes se identifican como indígenas o afrodescendientes, lo que evidencia la dimensión interseccional del sufrimiento psicosocial.
- Desde una perspectiva estadística, se observó que una de cada cinco personas manifestó haber tenido pensamientos de hacerse daño o acabar con su vida, con mayor prevalencia entre quienes reportan sentimientos frecuentes de tristeza o desánimo (56,9%). Esta cifra es especialmente preocupante si se considera que gran parte de la población desconoce la existencia de rutas de atención prioritaria, o ha evitado buscar ayuda por temor al estigma y al rechazo social, fenómeno que se acentúa en comunidades donde la salud mental sigue siendo un tema silenciado o deslegitimado.
- Por otro lado, aunque la presencia de profesionales en salud mental es limitada en muchas comunidades (solo el 10,1% reportó atención semanal), se identificaron respuestas comunitarias alternativas, como el conocimiento y uso de organizaciones sociales y de derechos humanos, así como la existencia de espacios colectivos para hablar sobre salud mental, especialmente valorados por quienes confían en las estrategias comunitarias más que en las institucionales.

- Esta investigación visibiliza una crisis silenciosa en salud mental, donde las condiciones estructurales de pobreza, exclusión y violencia, junto con las brechas institucionales y la limitada respuesta estatal, colocan en situación de alta vulnerabilidad a poblaciones rurales, indígenas, afrodescendientes, mujeres, jóvenes y personas desplazadas. Frente a ello, se destaca la urgencia de acciones integrales que reconozcan los saberes comunitarios, reduzcan el estigma, y garanticen un acceso efectivo, culturalmente pertinente y territorialmente equitativo a los servicios de salud mental.
- El agrupamiento de variables relacionadas con pobreza, desplazamiento forzado, discriminación, violencia y desprotección institucional señala que los trastornos mentales no emergen de manera aislada, sino como consecuencia de procesos históricos de exclusión y violencia estructural. Las dimensiones del análisis permiten observar cómo estas variables se articulan en patrones coherentes, lo cual da cuenta de las raíces sociales y políticas de la crisis de salud mental en los territorios focalizados.
- Si bien el ACM se centró en variables categóricas relacionadas con condiciones de vida, diagnóstico y percepción de barreras, el patrón emergente permite identificar una concentración de trastornos como ansiedad, pánico, consumo de sustancias y trastornos del estado de ánimo en sectores más afectados por la exclusión. Esta caracterización contribuye a mapear los diagnósticos prevalentes y sus contextos, aportando insumos para diseñar estrategias de prevención y atención basadas en evidencia.
- Las categorías que representan el no acceso a servicios de salud mental (por razones geográficas, institucionales o de estigmatización) tienen alta calidad de representación en el plano factorial. Esto indica que las barreras no son solo individuales o logísticas, sino estructurales y colectivas. Además, se observa que la falta de atención se asocia con otros factores de vulnerabilidad, lo que sugiere que las respuestas institucionales actuales son insuficientes y poco pertinentes culturalmente para estas regiones.