

**TAMIZAJE DE SALUD MENTAL, CONSUMO DE ALCOHOL Y SUSTANCIAS  
PSICOACTIVAS EN JÓVENES Y ADULTOS DEL MUNICIPIO DE ANDES**

**DEISY JANETH VELÁSQUEZ ORREGO**

**JACQUELINE CAROLINA VELÁSQUEZ ORREGO**

**ASESOR ACADÉMICO**

**VÍCTOR JULIÁN VALLEJO ZAPATA**

**PSICOLOGÍA**

**FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES Y HUMANAS**

**UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA**

**ANDES**

**2018**

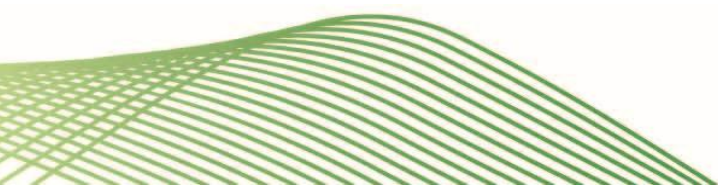


## Tabla de contenido

Resumen	6
1. Planteamiento del problema	7
2. Justificación	18
3. Objetivos	23
4. Antecedentes de investigación	24
5. Marco teórico	38
5.1 La salud	38
5.2 Orígenes y dificultades en la definición del término salud mental	40
5.3. Perspectivas acerca de la salud mental	41
6. Metodología	53
6.1 Tipo de investigación	53
6.2 Diseño de investigación	53
6.3 Población y muestra	54
6.4 Criterios de inclusión y exclusión*	55
6.5 Variables de estudio	56
6.6 Instrumentos de recolección de información	59
6.7 Procedimiento de recolección de la información	66
6.8 Plan de análisis	67
6.9 Consideraciones éticas	69
7. Resultados	73
7.1 Análisis descriptivo	73
7.2 Análisis descriptivos comparativos	81
7.3 Análisis de confiabilidad y factorial de los instrumentos	82
7.4 Análisis de la distribución de los datos	89
7.5 Análisis correlacionales entre los instrumentos y las características sociodemográficas	90
7.6 Análisis correlacionales entre los instrumentos	91
8. Discusión	95
9. Conclusiones	101

10. Bibliografía  
Anexos

104  
31



## Índice de tablas

<i>Tabla 1</i> Distribución de factores de los ítems del CSM+ y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global.....	611
<i>Tabla 2</i> Resultado confiabilidad Test-Retest.....	62
<i>Tabla 3</i> Tipo de cargo.....	74
<i>Tabla 4</i> Estrato socioeconómico.....	74
<i>Tabla 5</i> Convivencia.....	74
<i>Tabla 6</i> Educación.....	75
<i>Tabla 7.</i> Resultados del instrumento SRQ por síntomas. ....	77
<i>Tabla 8</i> Resultados del CMP+ por variable.....	79
<i>Tabla 9</i> Análisis factorial SRQ.....	84
<i>Tabla 10</i> Análisis factorial CMP .....	85
<i>Tabla 11</i> Análisis factorial AUDIT .....	87
<i>Tabla 12</i> Análisis factorial DAST .....	88
<i>Tabla 13</i> Correlación entre pruebas.....	91

## Índice de gráficos

Gráfico 1. <i>Personas que requieren valoración especializada</i> .....	77
Gráfica 2. <i>Resultados AUDIT</i> .....	80
Gráfica 3. <i>Resultados DAST</i> .....	81

## Índice de Anexos

<i>Anexo 1.....</i>	<i>31</i>
<i>CUESTIONARIO DE AUTORREPORTE DE SÍNTOMAS.....</i>	<i>.....</i>
<i>SRQ – Self Reporting Questionnaire _Organización mundial de la salud 1982.....</i>	<i>.....</i>
<i>Anexo 2.....</i>	<i>33</i>
<i>ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA- LLUCH (1999).....</i>	<i>.....</i>
<i>Anexo 3.....</i>	<i>117</i>
<i>TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)</i> <i>Babor, T., Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (2001).....</i>	<i>.....</i>
<i>Anexo 4.....</i>	<i>41</i>
<i>CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)_Bedregal, L.; Sobell, L.; Sobell, M. &amp;</i> <i>Simco, M. (2006).....</i>	<i>.....</i>

## Resumen

Esta investigación midió y relacionó la prevalencia de salud mental, factores asociados, y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en población joven y adulta del municipio de Andes. Para esto, se realizó un estudio descriptivo y correlacional en el que se aplicaron cuatro instrumentos que miden la salud mental desde una perspectiva positiva que indaga por diferentes aspectos como autonomía, autocontrol, resolución de problemas, actitud prosocial, habilidades interpersonales y satisfacción personal, y desde una perspectiva negativa que indaga por la ausencia de síntomas de enfermedades mentales, el abuso de alcohol y el consumo de sustancias a una muestra conformada por 300 personas. Los resultados arrojaron que la mayoría de la muestra no requiere de una valoración especializada, sin embargo, existe una tendencia a presentar síntomas de disminución de energía y síntomas somáticos, además se encontró que la población presenta adecuados factores asociados o habilidades para gestionar su salud mental, la satisfacción personal es la variable que obtuvo mejores porcentajes, sin embargo, se debe fortalecer el Autocontrol variable que obtuvo contrarios. Por otra parte, frente al consumo de alcohol se registra que más de la mitad de la muestra no reporta consumo sin riesgo y frente al consumo de sustancias psicoactivas la mayoría de la muestra no reporta consumo. Aunque no se registraron datos preocupantes se puede contribuir ante estos fenómenos con las habilidades de salud mental positiva que la muestra posee para atenuar los efectos de estas variables y potenciar sus capacidades.

**Palabras clave:** Salud Mental Positiva, trastornos mentales, Abuso de Alcohol, Consumo de Sustancias Psicoactivas.

## 1. Planteamiento del problema

### 1.1 Introducción

La salud mental es un proceso de búsqueda de equilibrio que se da entre lo simbólico, emocional, relacional, individual y colectivo, el cual permite que las personas se desenvuelven adecuadamente en las diferentes esferas de la vida cotidiana sin enfermedades mentales (Gobernación de Antioquia, 2011); es decir, permitiendo que las personas sean funcionales en lo familiar, comunitario y social (Ministerio de la Protección Social, 2005a), siendo individuos que reconozcan sus habilidades, trabajen de forma productiva y fructífera, enfrentando el estrés de la vida cotidiana y contribuyendo a sus comunidades (Ministerio de la Protección Social, 2005b).

Además este término no es contrario a enfermedad mental, puesto que se puede carecer de salud mental sin padecer alguna patología, ya que esta se puede ver afectada por circunstancias micro, como las actividades cotidianas, o macro como aspectos sociales, políticos, económicos, etcétera, (Ministerio de la Protección Social, 2007). Por ejemplo en el contexto colombiano, la salud mental se ha visto afectada por procesos sociales tan complejos como el conflicto armado y la violencia urbana vivida en el país (Gobernación de Antioquia, 2011).

A su vez, la salud mental puede incidir en cuestiones fundamentales como el desarrollo económico y social del país, y las relaciones que se establecen cotidianamente, siendo esto fundamental para una buena convivencia y seguridad. Por lo cual el destinar acciones y recursos a la salud mental de una sociedad es una inversión a largo plazo para el país (Ministerio de la Protección Social, 2007).

La investigación pretende medir y relacionar la prevalencia de salud mental, factores asociados, y el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en población joven y adulta de Andes. Para esto se aplicarán cuatro instrumentos que miden la salud mental tanto desde una perspectiva positiva, que indaga por diferentes aspectos (satisfacción personal, autonomía, autocontrol, etcétera), como desde una perspectiva negativa que indaga por la ausencia de enfermedades mentales, el abuso de alcohol y el consumo de sustancias. Se trata de un estudio de acercamiento a esta problemática y no de diagnóstico, puesto que este procedimiento permite detectar personas en riesgo de sufrir un evento o de presentar un trastorno (Caraveo y Anduaga, 2007).

Este estudio es denominado como un tamizaje, el cual según la Organización Mundial de la Salud implica seleccionar una población y aplicarle una prueba sencilla para evidenciar fenómenos relacionados con aspectos patológicos. Sin embargo, el presente estudio busca identificar fenómenos en los que se evidencie tanto la carencia de salud mental así como diferentes aspectos a evaluar que evidencian un estado de salud mental positiva en los individuos (Gobernación de Antioquia, 2011).

Estos estudios son reconocidos como uno de los pasos más importantes en la planeación de los servicios de la salud, por lo cual se han diseñado y validado gran cantidad de instrumentos con su propósito, de forma que se encuentran instrumentos para evaluar la salud mental desde diferentes perspectivas (Gobernación de Antioquia, 2011).

Este procedimiento es de vital importancia debido a los diversos factores que inciden en la poca detección de los trastornos, a saber: la ausencia de recursos para realizar evaluaciones,



preocupación de los pacientes solo por los síntomas somáticos, insuficiente indagación por los síntomas afectivos y cognitivos por parte de los médicos, normalización de ciertos estados de ánimo y situaciones, pocas sesiones de atención psicológica, así como el desconocimiento sobre diagnósticos psiquiátricos o problemáticas que requieren atención (Gobernación de Antioquia, 2011).

Los trastornos mentales y de comportamiento se encuentran compuestos por un conjunto de síntomas, que afectan al individuo en diversas esferas de la vida, generando disfuncionalidad para desenvolverse en ella (Gobernación de Antioquia, 2011). Así mismo lo avala la ley 1616 de 2013 en su definición frente a trastorno mental, como una alteración de los procesos cognitivos y afectivos del individuo que derivan en comportamientos que se salen de los lineamientos requeridos como normales por parte del grupo social de donde proviene este.

En cuanto al consumo de alcohol se asocia principalmente con un aumento significativo en el riesgo de accidentes, violencia y suicidio, puesto que está involucrado hasta en un 55 % de los accidentes de tráfico mortales y usualmente su consumo excesivo puede generar desinhibición y sentimientos de tristeza e irritabilidad, factores asociados a intentos de suicidio y suicidios consumados (APA,2014).

Y los principales efectos asociados al consumo de sustancias son las alteraciones en áreas del funcionamiento psicosocial, cognitivo y de la salud, incluso algunas sustancias como los inhalantes pueden causar la muerte (APA, 2014).

Estos fenómenos afectan a millones de personas en el mundo, pueden pasar muchas veces inadvertidas sus manifestaciones y su evolución es diversa en cuanto a la medida en que pueda

llegar a incapacitar a una persona. Por esto es fundamental su detección, para realizar una intervención temprana y oportuna (Gobernación de Antioquia, 2011).

## **1.2 La salud mental a nivel mundial**

A nivel mundial se encuentran entre las enfermedades que generan mayor deterioro por su cronicidad y prevalencia (Christopher, 1996). Información hallada por estudios mundiales en la mayoría de los países y estudios realizados por el Consorcio Nacional de Epidemiología Psiquiátrica, que tenían como objetivo comparar y correlacionar las prevalencias de trastornos mentales (ICPE, 2000).

En la *Encuesta Mundial de Salud Mental*, Colombia se posicionó junto con Estados Unidos y Ucrania entre los tres países con mayor prevalencia de trastornos mentales, de igual forma estuvo entre los países que presentan menor proporción de uso de servicios entre el 52% y 59% (Ministerio de la Protección Social, 2005a).

La Oficina de Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) calcula que 1 de cada 20 adultos, es decir, alrededor de 250 millones de personas de entre 15 y 64 años, consumieron por lo menos una droga en 2014, esta cifra no parece haber aumentado en los últimos 4 años de manera proporcional a la población mundial, sin embargo siguen siendo devastadoras las consecuencias del consumo de sustancias. De estas personas 29 millones padecen trastornos relacionados con drogas, pero solo 1 de cada 6 personas reciben tratamiento (UNODC, 2012).

Ya en el contexto latinoamericano los trastornos mentales y neurológicos representan el 22% de la carga significativa de enfermedades que producen un alto grado de sufrimiento a nivel

individual y social, como ejemplo el impacto emocional y económico que se da en la familia y comunidad (Organización Panamericana de Salud, 2009).

### **1.3 La salud mental a nivel nacional**

En Colombia también se realizó un *Estudio Nacional de Salud Mental* durante los años 2003 y 2004 por el Ministerio de la Protección Social con el apoyo del Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud y, mediante convenios de cooperación con la Organización Mundial de la Salud, la Universidad de Harvard y la Fundación FES- Social (Ministerio de la Protección Social, 2005a).

Según este estudio se evidencia que alrededor del 40% de la población colombiana presenta en algún momento de su vida un trastorno mental, sin embargo son muy pocas las personas que acuden a un tratamiento en el primer año en que sus síntomas aparecen, pues esta población abarca alrededor del 8% y en su mayoría tardan 15 años en acudir a los servicios de salud, y de quienes acuden sólo el 15% reciben tratamiento adecuado (Ministerio de la Protección Social, 2007). Los trastornos más frecuentes son el trastorno de ansiedad (19.3%), trastornos del estado de ánimo (15%) y los trastornos de uso de sustancias (10.6%) (Ministerio de la Protección Social, 2005a).

Así es muy poca la población con trastornos mentales a la cual se le brinda atención, puesto que sólo una de cada 10 personas aproximadamente reciben atención psiquiátrica. También:

Sólo el 10% de las personas con un trastorno mental, 20% con dos trastornos mentales y 20% con tres o más trastornos mentales reciben atención. Según Zapata (2006) cerca del

15% de habitantes de calle (indigentes) tienen una enfermedad mental no tratada y no reconocida por la sociedad y el Estado (Ministerio de la Protección Social, 2007, p.25).

Gracias a este estudio se halló que las personas que reciben tratamiento son en su mayoría los casos menos graves y en las situaciones de trastornos más severos no lo reciben, debido a la falta de recursos y la inadecuada localización de estos. En general, según este estudio se halló que entre un 85.5% y un 94.7% de las personas con algún trastorno mental no reciben algún servicio de salud (Ministerio de la Protección Social, 2005a).

Incluso en el país mediante la reunión realizada entre la asociación de Hospitales Mentales y el Comité de Políticas de la Asociación Colombiana de Psiquiatría que se llevó a cabo en el año 2007, se resaltó cuáles son las problemáticas que interfieren en la adecuada provisión de intervenciones en salud mental: la falta de circulación entre los planes territoriales e institucionales, centralización y concentración en el segundo y en el tercer nivel de atención, inadecuado suministro de medicamentos, pobre red de apoyo, barreras geográficas y concentración de personal calificado en ciertas zonas (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Además de este estudio existen otros tres que se realizaron en los años 1993, 1997 y 2015, pero se ha tomado como base para el planteamiento del problema el estudio realizado en el 2003 debido a que su aplicación fue más amplia que la realizada en el 2015 y con respecto a las anteriores se optó por este debido a su proximidad con el actual año (Gómez, 2015).

Por otra parte, los estudios del Observatorio de Drogas de Colombia (ODC) muestran que el consumo de drogas se encuentra en un alto nivel y está incrementando en el país, no solo porque las personas las consumen, sino porque el mercado es cada vez más amplio y diverso al ser un

país productor (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2013; Gobernación de Antioquia, 2014).

La sustancia ilícita más consumida en Colombia es la marihuana seguida de la cocaína, siendo la marihuana la que explica la mayor parte del consumo de drogas ilícitas puesto que del total de consumidores de drogas ilícitas en el último año, el 87% son consumidores de marihuana. No obstante, no es posible desestimar el consumo de ninguna sustancia, pues drogas con bajas prevalencias como la heroína y el bazuco tienen altos impactos en la salud pública (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2013).

En cuanto al fenómeno de las drogas emergentes, término que hace alusión no sólo a sustancias nuevas que entran al mercado de las SPA, sino al uso no conocido o no habitual de sustancias ya conocidas, se reporta la aparición algunos inhalantes como popper (nitrato de amonio) y “dick” (cloruro de metileno/diclorometano). El dick llama la atención por las altas prevalencias detectadas en población escolar en el momento de la elaboración de los estudios actuales, desplazando en algunos departamentos sustancias como marihuana o cocaína y derivados que usualmente ocupan los primeros lugares (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2013).

#### **1.4 La salud mental a nivel departamental**

La magnitud de la problemática de salud mental es considerable en el departamento de Antioquia teniendo en cuenta los estudios realizados en la Facultad de Medicina y la Universidad de Antioquia. Esto se puede corroborar a partir de la gran demanda de atención en salud mental por trastornos afectivos, seguidos de esquizofrenia que demuestra los registros individuales de

prestación de servicios (RIPS), lo que ha sido insumo para la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia para monitorear los problemas de salud mental (Gobernación de Antioquia, 2011).

En el SIVIGILA departamental, de 2009, se notificaron 3.651 casos de violencias, con una tasa de 61 por cien mil habitantes, estos datos corresponden a 27 casos de abandono, 53 de abuso sexual, 133 de negligencia, 2237 de violencia física, 469 de violencia psicológica y 254 de violencia sexual. Así mismo fueron reportados por este medio, 72 casos de suicidio, representando una tasa de 1.22 casos por cada 100.000 habitantes. Otros asuntos no menos graves fueron 2.389 intentos de suicidio y 139 accidentes por minas antipersonales. En el caso de las violencias en el país es necesario anotar que existe un gran subregistro por lo que las cifras mencionadas corresponden a las demandas de servicios y a las notificaciones judiciales (Gobernación de Antioquia, 2011, p.22).

Estas problemáticas llevaron a la realización del estudio en el departamento de Antioquia, donde se observó que la subregión suroeste, donde está ubicado el municipio de Andes, es la más afectada ya que presenta cifras elevadas en sintomatología de depresión, angustia y psicosis, al igual que sintomatología en niños (Gobernación de Antioquia, 2011). Observando los resultados de esta investigación es inquietante que Andes está posicionada como la localidad con mayor ideación suicida en el suroeste, puesto que está directamente relacionado con un derecho fundamental como es la vida, además de ser uno de los municipios clasificados entre los que presentan más problemáticas.

Si se ordenan los municipios de la subregión por número de problemáticas tamizadas, podríamos afirmar que Ciudad Bolívar es el municipio que presenta el mayor número de los problemas de salud mental (6 de 7), así como también Támesis, Pueblorrico, Montebello, Betulia y Andes (5 de 7); Jericó sólo presenta una problemática de las siete estudiadas (Gobernación de Antioquia, 2011, p.90).

Además en el departamento de Antioquia según la *Encuesta de Hogares* realizada en 2010, se observó que la subregión que presenta mayor consumo de marihuana y cocaína es el suroeste y se planteó el consumo de sustancias como una problemática que afecta el orden social en el municipio de Andes:

El municipio de Andes ha venido presentando desde el año 2013 diferentes problemáticas que afectan el orden social e institucional relacionado con el incremento de situaciones asociadas con la oferta y demanda de drogas ilícitas, expresadas por un lado en el aumento exponencial del consumo de estupefacientes, y por el otro en la intensificación de dinámicas delictivas como el homicidio, los hurtos y extorsiones. Procesos relacionados con el desarrollo de fenómenos de criminalidad que atentan contra la seguridad y tranquilidad de los habitantes del municipio (Gobernación de Antioquia, 2014, p.29).

Además en el departamento de Antioquia el alcohol está relacionado culturalmente con las tradiciones de la población puesto que gran cantidad de fechas especiales se celebran con el consumo de este, haciendo difícil su erradicación y abordaje, y el consumo de alcohol puede ser un factor de riesgo que incide en el inicio del consumo de las anteriores sustancias mencionadas (Gobernación de Antioquia, 2014).

## 1.5 La salud mental a nivel municipal

El municipio de Andes cuenta con 46.621 habitantes, donde la población de la cabecera municipal es de 23.365 habitantes y el sector rural 23.256 habitantes. Con una altura sobre el nivel del mar de 1.300 m. En cuanto a la economía sobresale por la agricultura cafetera y el comercio, además de ser considerado popularmente como la capital del suroeste antioqueño (Gobernación de Antioquia, 2011; Alcaldía de Andes, 2016).

Los datos que brinda la Secretaría de Salud del municipio de Andes aportan más argumentos al problema presentado puesto que son altas las tasas de prevalencia de enfermedad mental desde el año 2012 hasta el año 2016 según las cuales los casos de otros trastornos de ansiedad oscilaron entre 595 (en el año 2013) y 1008 (en el año 2015), los casos de trastornos no orgánicos del sueño oscilaron entre 221 (en el año 2013) y 670 (en el año 2015), el número de casos de episodios depresivos oscilaron entre 214 (en el año 2013) y 302 (en el años 2016), los casos de trastorno afectivo bipolar oscilaron entre 135 (en el año 2013) y 395 (en el año 2016), los casos de esquizofrenia oscilaron entre 45 (en el año 2014) y 222 (en el año 2016), los casos de trastorno depresivo recurrente oscilaron entre 72 (en el año 2014) y 266 (en el año 2016) y los casos de intento de suicidio oscilaron entre 8(en el años 2016) y 30 (en el año 2017) (Alcaldía de Andes, 2018).

Teniendo en cuenta que estos datos se refieren a la cantidad de personas que acuden a los servicios de salud no se cuenta con tal información en fenómenos como el abuso del alcohol o de sustancias, donde es menor el porcentaje de individuos que reconocen su condición y acuden a los servicios de salud. Sin embargo, hacen parte de los temas foco de atención para el plan de desarrollo 2016-2019, según el cual hay importantes problemas de consumo y tráfico de



sustancias alucinógenas en el municipio y expone que el microtráfico de drogas ilegales se ha comenzado a evidenciar en los colegios, debido al incremento en el consumo de sustancias psicoactivas principalmente en población joven. Además se obtuvo información solo del número de comparendos por consumir en estado de embriaguez los cuales oscilan entre 21 (en el año 2014) y 64 (en el año 2016) (Alcaldía de Andes, 2016).

Estos son de los pocos datos con los que cuenta el municipio en cuanto a salud mental, en conjunto con los datos recolectados por el Hospital San Rafael, al igual que los datos que brinda la Secretaria Seccional de Salud y Protección Social de Antioquia, donde se evidencian sólo aspectos relacionados con violencia como lo son: violencia física, violencia psicológica, violencia sexual, intento de suicidio, privación y negligencia.

Además actualmente en el municipio de Andes se está desarrollando un tamizaje de salud mental en población adolescente por lo cual la población adulta se encuentra exenta de esta investigación, siendo esta una población descuidada. De esta problemática surge la necesidad de saber cómo se encuentra la salud mental de los jóvenes y adultos del municipio de Andes-Antioquia.

## 2. Justificación

La salud mental es un tema fundamental para el bienestar de las sociedades, el desarrollo humano y de la nación. De igual forma es alarmante cómo los trastornos mentales y del comportamiento son denominados como nuestra próxima pandemia según la Organización Mundial de la Salud, por ende son llamados los profesionales de la salud mental a dar su aporte para la prevención de esta problemática. Teniendo en cuenta que las problemáticas de salud mental están asociadas con una alta carga de morbilidad, mortalidad y tiempo perdido por aquellos que las padecen (Gobernación de Antioquia, 2011). Es un tema de gran importancia que permea a toda la población, tanto para aquellos que padecen las enfermedades mentales como aquellos que se encuentran a su alrededor (Ministerio de la Protección Social, 2005a).

Además son preocupantes los diversos efectos secundarios que tiene el no brindar un tratamiento adecuado a las diferentes carencias que se presentan en la salud mental, como lo puede ser el convertirse en víctimas, sujetos estigmatización, discriminación o matoneo. Incluso se puede llegar a niveles de discapacidad por trastornos mentales y neurológicos, lo cual se ha observado en diferentes regiones del mundo. Por ende estos trastornos mentales generan una problemática de salud pública debido a la gran magnitud con que se presenta respecto a gastos que crean y su impacto social, individual y familiar en cuanto las emociones que puede llegar a producir, la discapacidad que contrae y cambios que conlleva (Ministerio de la Protección Social, 2005a).

Por tanto prevenir el riesgo de presentar trastornos permitirá evitar situaciones extremas como la muerte o movilizadoras como el sufrimiento humano que genera en la vida cotidiana o no tan extremas como las ya mencionadas. Además según el último Informe Mundial sobre las Drogas,

*Tamizaje de salud mental en el municipio de  
Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez*

alrededor de 190,000 muertes relacionadas con drogas ocurrieron en 2015 y de estas muertes aproximadamente entre un tercio y la mitad son por sobredosis (UNODC,2012).

Según este mismo informe en su versión del año 2012 algunas drogas como la heroína y la cocaína causan: la muerte de 0,2 millones de personas cada año, conflictos familiares, sufrimiento humano y socavan el desarrollo económico y social y fomentan la delincuencia, la inestabilidad y la inseguridad (2012). De forma que los trastornos mentales y el consumo de alcohol y sustancias afectan al individuo en lo biológico, social, psicológico y emocional.

A nivel nacional es preocupante el valor que se le da a la salud mental:

A pesar de los avances en neuropsiquiatría, psicología y otras ciencias sociales, los sistemas de salud no han evolucionado al mismo ritmo, dando prioridad a otras patologías mejor estudiadas, desde el punto de la salud pública, destinando menos recursos para la población afectada por estos problemas (Gobernación de Antioquia, 2011,p.21).

También existe un vacío de información respecto a la salud mental e inadecuadas investigaciones en este tema, problemática que ha sido reconocida por el gobierno nacional, lo cual fue un factor determinante para la realización del estudio que se efectuó a nivel nacional (Ministerio de la Protección Social, 2005a).

Esta problemática ha trascendido a nivel municipal, ya que el personal de la Secretaría de Salud no sólo tiene dentro de sus focos de atención la salud mental de los andinos sino otros fenómenos que se presentan en el área de la salud, siendo limitado el número de personas para atender y realizar puntualmente los procesos con cada uno de estos.

El análisis de la carga de los trastornos mentales permite la construcción de políticas públicas y adquirir conocimientos actualizados frente a las condiciones de la salud mental en el municipio, siendo este conocimiento una base que servirá de guía para intervenciones futuras, así como su mantenimiento y mejoramiento y ser insumo para plantear hipótesis de estudios posteriores; estrategias que se podrán realizar con información fiable con características de precisión y validez que den cuenta de las problemáticas psiquiátricas y psicosociales. Un claro ejemplo de esto son los lineamientos para una política de salud mental en Colombia que usaron como insumo el Estudio Nacional de Salud Mental (Ministerio de la Protección Social, 2005b).

Así, es necesaria la realización de esta investigación, teniendo en cuenta la ausencia de reconocimiento e importancia que se le da a la salud mental puesto que los servicios que se están ofreciendo a nivel nacional y local son un poco limitados, así algunos autores plantean que es debido a las carencias de planes de beneficios y diferencias entre el régimen contributivo y subsidiado, además de las actuales falencias en el sistema de salud nacional (Ministerio de la Protección Social, 2007).

También será fundamental para que los andinos se motiven a buscar y plantear iniciativas propias dirigidas a la promoción, prevención y mantenimiento de su salud mental o adherencia al tratamiento (Gobernación de Antioquia, 2011).

Captar la presencia o sintomatología de las carencias en la salud mental permitirá reconocer la magnitud de las necesidades de los andinos y algunos factores relacionados con esta y establecer tendencias en las problemáticas medidas. Además permitirá que en futuras investigaciones se logre establecer comparaciones con otras poblaciones de acuerdo a los resultados que se

encuentren, lo cual no es posible actualmente ya que no se encuentran antecedentes de tamizajes realizados en el municipio, sólo se dispone del estudio realizado a nivel departamental en el año 2009-2010 que investigó algunos aspectos enunciados anteriormente (Gobernación de Antioquia, 2011).

De igual forma, los trastornos mentales representan una gran carga en la salud de la población, además de las diversas consecuencias en el desarrollo social siendo un factor determinante para el diseño y ejecución de planes y programas de salud mental en el municipio. Se podrán desarrollar estrategias acerca de la necesidad de intervenir, invertir recursos y realizar acuerdos políticos en beneficio del mantenimiento de salud mental (Gobernación de Antioquia, 2011).

Asimismo, permitirá enfocar intervenciones para la promoción, prevención de la salud mental y mejorar la calidad de vida de los andinos; el presente estudio será útil para focalizar las intervenciones en cuanto al tipo de trastorno o consumo, sexo y demás variables sociodemográficas (Ministerio de la Protección Social, 2005a).

Teniendo en cuenta todo lo anterior es pertinente y fundamental realizar este tamizaje de salud mental en el municipio de Andes, ya que es una población extensa que día a día ha ido creciendo, modificando su contexto cultural y social a través de los individuos que emigran de otras regiones, como por ejemplo en la época de cosecha cafetera donde se incrementan los conflictos sociales. Además de lo inquietante que ha sido el lugar que ha obtenido tras ser situado como la localidad con mayor ideación suicida en el suroeste antioqueño, requiriendo así que exista una mayor preocupación frente al tema de salud mental.

Como se expuso anteriormente, este es un tema que compete e involucra muchas esferas de la vida, por lo cual es necesario poseer información respecto a cómo se encuentra el municipio en cuanto a salud mental para poder realizar programas que contribuyan tanto en la intervención para aquellos que actualmente presentan enfermedades mentales y para los que no, incentivar la realización de programas de prevención y promoción que contribuyan y eviten en cuanto se pueda que en algún momento las padezcan. Así pues el lograr realizar esta investigación permitirá que el municipio tenga unas buenas bases de información que guíen el actuar del estado, profesionales de salud mental, comunidad y esto facilite que exista una mayor posibilidad de desarrollo y salud en el municipio.

### 3. Objetivos

#### 3.1 Objetivo General

- Analizar las relaciones entre la salud mental, consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en jóvenes y adultos del municipio de Andes.

#### 3.2 Objetivos específicos

- Describir algunas variables sociodemográficas asociadas a la salud mental.
- Indagar por la salud mental a través de dos instrumentos la Escala de Salud Mental Positiva y el Cuestionario de Síntomas de Trastornos Mentales (SRQ) en jóvenes y adultos del municipio de Andes.
- Indagar por el consumo de alcohol y sustancias en jóvenes y adultos del municipio de Andes.
- Identificar características estadísticas relevantes (distribución, correlación) entre los puntajes de las distintas pruebas psicométricas.

#### **4. Antecedentes de investigación**

La información recolectada para reconocer los estudios previos a la investigación, base fundamental para una adecuada investigación que minimice las limitaciones anteriores y que dé cuenta de cómo se encuentra actualmente el tema a nivel investigativo, se buscó en bases de datos bibliográficas de la Universidad de Antioquia y archivos gubernamentales. Puesto que los tamizajes en salud mental son una labor realizada principalmente por las entidades estatales y académicas que brindan una perspectiva amplia referente al tema, de igual forma evidencian la manera en que se debe proceder a la hora de abordar una población, como lo son los estudios a presentar desde el ámbito nacional y departamental.

Se seleccionaron los artículos o archivos con una antigüedad máxima de 15 años que tuvieran como participantes personas jóvenes y adultas, aunque claro está que estos límites no son muy rígidos puesto que se admitió un archivo que también estudiaba tanto población adulta como infantil. Además no son muchas limitaciones puesto que la presente investigación no está dirigida a una población muy específica, como lo son los estudios de tamizaje centrados sólo en un trastorno o patología (Corona, Berlanga, Gutiérrez y Fresán, 2007).

##### **4.1. Investigaciones de salud mental a nivel nacional**

El estudio *La construcción de un componente de salud mental para la encuesta nacional de 2015 en Colombia* plantea que los estudios que parten de una visión asistencial solo centrada en los trastornos mentales enfatizan sólo en población con trastornos y dejan de lado el resto de la población. Aspecto evidenciado en los diferentes artículos de investigación y tamizajes a nivel nacional y departamental, por lo que en la presente investigación se planteó la necesidad de aplicar la escala de salud mental positiva que indaga por diversos factores asociados a la salud



mental permitiendo dar información acerca de la población sin trastornos mentales (Santacruz, Torres, Gómez, Matallanady y Borda, 2016).

En cuanto al instrumento utilizado en el estudio nacional se aplicó un instrumento proporcionado por la organización mundial de la salud llamado *La entrevista diagnóstica internacional compuesta en su versión computarizada aplicada por entrevistadores Legos (Composite International Diagnostic Interview) CIDI CAPI versión 15*. Este último adjetivo y aplicación muestran indicios de dificultades puesto que lo ideal es realizar este tipo de investigación que da diagnósticos con personal especializado en el tema, sin embargo se debe considerar el hecho de que fue un estudio a nivel nacional que implicó una muestra probabilística muy amplia de 4.544 adultos con gran diversidad de características sociodemográficas (Ministerio de la Protección Social, 2005).

Este instrumento fue adaptado a la población Colombiana e indaga por 17 diagnósticos principales y 6 diagnósticos secundarios según el DSM IV y el CIE 10, y variables sociodemográficas (Ministerio de la Protección Social, 2005). Mientras que el instrumento de tamizaje a nivel departamental utilizado para identificar la probabilidad de tener enfermedad mental llamado *-Self-Reporting Questionnaire - SRQ* desarrollado también por la Organización Mundial de la Salud indaga por menos trastornos mentales. Puesto que indica sintomatología relacionada con angustia, depresión, psicosis, e ideación suicida y fue validado en Colombia, ha sido mencionado en 16 artículos y utilizado en otros países (Gobernación de Antioquia, 2011).

Y aunque este instrumento no lo aplica personal experto puesto que un tamizaje presenta la característica de que no es necesario personal experto para su aplicación, al menos lo hace

personal de atención primaria que solo da indicios de poseer un trastorno y no diagnostica como lo hace el estudio a nivel nacional (Ministerio de la Protección Social, 2005). Además en esta investigación se aplican tres instrumentos más, *Calidad de vida QLI-SP* (Quality Live Index versión en español), la *Escala para medir funcionalidad familiar según la percepción de un individuo* (APGAR familiar) y el *Cuestionario de síntomas para niños - RQC*. Siendo esto importante puesto que la salud mental definida de forma integral incluye más aspectos del ser humano. Aunque también es necesario reconocer que estos instrumentos por su corta extensión solo permiten captar aspectos e indicios, pero no da información específica y exhaustiva, lo cual puede ser entendido por los objetivos de la investigación y su muestra de 45.876 personas (Gobernación de Antioquia, 2011; Ministerio de la Protección Social, 2005).

El artículo de la construcción del componente de salud mental va a dar más fuerza a la importancia mencionada puesto que plantea que la mayoría de instrumentos se centran en la presencia o ausencia de enfermedad mental, dejando de lado el explorar algunos aspectos que forman parte de la cotidianidad de las personas como lo son lo histórico- social, ámbito político, condiciones socioeconómicas, procesos macro contextuales, sistémicos y ecológicos. Lo que permite afirmar lo apropiado que fue la inclusión de instrumentos de medición de calidad de vida y la funcionalidad familiar realizada por el tamizaje a nivel departamental (Santacruz et al., 2016). Además este artículo nos permite conocer porque existe mayor cantidad de instrumentos de salud mental centrados en la enfermedad mental diciendo que:

... La epidemiología en salud mental utiliza un objeto de estudio definido desde otra disciplina, la clínica psiquiátrica, cuya nosografía asume la enfermedad como entidad natural derivada de una causalidad mecánica primordialmente biológica, con lo cual limita

la producción de nuevos conocimientos, las comprensiones y explicaciones de los problemas (Santacruz et al., 2016, p.3).

#### **4.2 Investigaciones de salud mental a nivel Latinoamericano**

En cuanto a textos a nivel latinoamericano que recopilaran información acerca de diferentes investigaciones de salud mental solo se hallaron tres, no denominadas como tamizaje sino como estudios, epidemiología, o encuestas, los cuales se centran primordialmente en los trastornos mentales dejando de lado otros factores implicados en la salud mental enunciados en la definición antes mencionada del término como lo simbólico, emocional, relacional, individual y colectivo. De esta forma se evidencia la carencia de estudios que conciben la salud mental de una forma más integral (Organización Panamericana de Salud, 2009).

En el primero *Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe* existen múltiples estudios de diversas poblaciones de América Latina y el Caribe, realizadas por investigadores y profesionales prestigiosos en el campo de la salud mental de este contexto. Así, abordan los antecedentes de la investigación epidemiológica en el campo de la salud mental y se revisan sus resultados (Organización Panamericana de Salud, 2009).

Además dedican dos apartados importantes a otras cuestiones, uno a examinar en poblaciones vulnerables la epidemiología de los trastornos mentales como lo son las comunidades indígenas, los niños, los adolescentes, los adultos mayores y grupos poblacionales afectados por desastres. Y otro indaga ampliamente por cómo son usados los servicios de salud mental en Centroamérica y la dificultad para acceder a un tratamiento. Incluso investigan importantes problemas

específicos en salud mental como: el uso de alcohol y otras sustancias psicoactivas, el suicidio y la discapacidad intelectual (Organización Panamericana de Salud, 2009).

Finalmente los autores del texto llegan a la conclusión de que en América Latina y el Caribe la investigación en el campo de la salud mental ha tenido muchas limitaciones. Sin embargo observa con satisfacción que existen trabajos muy serios y con resultados relevantes (Organización Panamericana de Salud, 2009).

La segunda investigación *Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública* analizó los datos publicados por estudios realizados en América Latina y el Caribe entre 1980 y 2004 donde se estimó la prevalencia de los trastornos a través de las tasas media y mediana extraídas de los estudios así como las características de la población. A su vez se calculó la dificultad para acceder a un tratamiento (también denominado brecha) considerando los datos acerca del uso de los servicios de salud de los estudios (Kohn et al., 2005).

Estos estudios usaron instrumentos diagnósticos estructurados y se estimaron tasas de prevalencia de los trastornos, así en esta investigación se encuentra que el instrumento más aplicado en los países de Latinoamérica es CIDI, de igual forma en los tres estudios realizados en Colombia se aplica este mismo instrumento por lo cual esta es una herramienta que se debe considerar debido a que ha sido ampliamente aplicada en el contexto de la población a describir puesto que al elegir un instrumentos es fundamental que los ítems, tareas o actividades a realizar puedan ser comprendidas fácilmente por la población. Sin embargo, como se mencionó

anteriormente el instrumento busca diagnosticar, lo cual no está dentro de los objetivos propuestos para la presente investigación (Kohn et al., 2005).

Este estudio retoma varias investigaciones del estudio anterior, como lo son el *estudio nacional de salud mental de Colombia de 2003*, la *encuesta de salud mental São Paulo Megacity, Brasil de 1994–1996*, entre otros. Sin embargo esta investigación hace una revisión mucho más exhaustiva que la anterior puesto que hace comparaciones de: prevalencia de algunos trastornos específicos, recursos invertidos en atención de salud mental, analiza la edad de la población y también la brecha en el tratamiento de las enfermedades mentales (Kohn et al., 2005).

Sin embargo, todas las investigaciones son anteriores al año 2003 y como se mencionó al principio se procura integrar investigaciones con una antigüedad máxima de 15 años, pero se consideró importante integrar esta investigación principalmente porque permite hacer una buena revisión en términos temporales del tema, es del contexto latinoamericano y recopila una buena cantidad de investigaciones además de que esta investigación es del 2005, lo cual cumple el criterio señalado respecto a la antigüedad y como se mencionó en un principio no es necesario limitarse respecto a unos criterios rígidos que impiden ampliar la perspectiva (Kohn et al., 2005).

También es necesario considerar que varios estudios no fueron de alcance nacional, lo cual hubiese permitido un abordaje más amplio del tema y una muestra más significativa. Pero al menos la población era representativa del país en su totalidad, es decir, que las características de la población en general sean proporcionales a las de la muestra del estudio a realizar. Igualmente dentro de estos estudios se suma como problemáticas las diversidades entre algunos países y

dentro de estos muchos son países de América Latina y el Caribe respecto a términos sociales, culturales, económicos y en la organización, disponibilidad y cobertura de los servicios de salud. Estos últimos planteamientos podrían ser considerados como limitantes en el estudio de la salud mental (Kohn et al., 2005).

Los planteamientos que anteriormente se mencionan, concuerdan con la primera investigación que enuncia lo limitado que es el estudio de la salud mental. Además de lo ya mencionado este estudio presenta otros limitantes más como: la diversidad metodológica y de calidad, la disponibilidad de recursos y no se contó con información de todos los países pertenecientes a América Latina. Incluso resalta también la idea ya mencionada en diferentes apartados de que se ha estudiado la salud mental centrándose exclusivamente en los trastornos mentales y afirman que: “Del campo de la salud mental se espera que desempeñe un papel cada vez más importante en la prevención y el tratamiento de las enfermedades crónicas y emergentes en las cuales hay un componente conductual” (Kohn et al., 2005, p.238).

Según un tercer estudio *Investigación en salud mental en América Latina y el Caribe: Identificando mecanismos para el fortalecimiento de capacidades* que retoma investigaciones de 15 países de la región América Latina y el Caribe (Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Ecuador, Granada, Haití, Honduras, México, Panamá, Perú, República Dominicana, Surinam, San Cristóbal y Nieves, y Venezuela) se consideran como limitantes de investigación en salud mental la poca interacción dinámica entre las instituciones públicas y privadas de salud mental y las instituciones de atención, de investigación y academia (Gallo, Fiestas, Poletti y Alarcón, 2007).

Por otra parte, a través de la perspectiva que se adoptó para concebir la salud mental y de acuerdo a las características de integralidad que esta posee, la presente investigación permite indagar por diversos componentes que no sólo se enmarcan dentro de factores asociados a los trastornos mentales, como lo son el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, ya que el consumo no moderado de estas sustancias pueden afectar algunas esferas de la vida y conllevar a la derivación de trastornos a causa de su ingesta.

#### **4.3 Implementación del AUDIT y DAST a nivel departamental y nacional**

Para indagar respecto al consumo de alcohol, se ha observado que existen diversos instrumentos que permiten la medición de este, no obstante el más destacado dentro de las investigaciones respecto a la aplicación, validez y confiabilidad de la variable a medir es el AUDIT (Ospina, Manrique y Ariza, 2012).

Este ha sido aplicado a nivel nacional en diversas poblaciones. Un estudio realizado a población con la misma descendencia a la muestra de esta investigación, es decir, del departamento de Antioquía avala lo antes mencionado ya que buscan medir el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas mediante instrumentos como el AUDIT y DAST, con el fin de observar qué porcentajes se encuentran respecto al consumo de estas dos sustancias y cómo los resultados permiten realizar diseños de intervención frente al consumo de estas previniendo así el riesgo a las adicciones (Torres, Vallejo y Villada, 2015).

Así mismo, un estudio realizado en Tunja a población universitaria describe que el AUDIT es un instrumento útil en el desarrollo de tamizajes, ya que permite identificar la población que se encuentra en riesgo de desarrollar dependencia al consumo de alcohol e igualmente a través de

sus resultados permite la construcción y desarrollo de programas de atención primaria (Ospina et al., 2012).

Igualmente a nivel nacional el estudio realizado por la Base Aérea de Guaymaral, Policía Nacional de Colombia, resalta la importancia de este instrumento como método de evaluación para identificar el nivel de consumo de alcohol y por otro lado la implementación del DAST, el cual mide el uso de sustancias psicoactivas (Gutiérrez & Cote, 2010).

Argumentado con el estudio anterior que los resultados del AUDIT e igualmente del DAST, permiten realizar intervenciones de forma específica según sea los resultados que se encuentren tras la implementación de estos instrumentos (Gutiérrez & Cote, 2010).

#### **4.4 Implementación del AUDIT y DAST a nivel latinoamericano**

Además a nivel latinoamericano el AUDIT ha sido implementado en estudios realizados en términos nacionales como se demuestra en el *Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados Escala Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile*, donde se implementó un tamizaje al igual que en esta investigación para conocer y determinar la real magnitud de la población con consumo de riesgo y las implicancias de este, con el fin de desarrollar políticas públicas y programas de intervención (Donoso, 2015).

Así mismo, dentro de este estudio se resalta la importancia del AUDIT en la implementación que tuvo en el *Estudio Nacional De Salud De Chile (2009-2010)*, el cual a través de la utilización de este instrumento, respalda la importancia de concebir la salud desde una perspectiva integral, que no sólo sea enmarcada en la ausencia o presencia de esta (Donoso, 2015).



Estos estudios están en concordancia con el objetivo de esta investigación, debido que buscan conocer cómo se encuentra una población respecto a una variable para implementar programas tanto de promoción, prevención, intervención y políticas públicas que contribuyan a tener una buena salud mental.

#### **4.5. Implementación de la escala de Salud Mental Positiva a nivel nacional.**

Aunque hasta hace poco se ha venido mencionando la psicología positiva, hace ya varios años se creó una escala de salud mental positiva que permite comprender la salud mental desde una perspectiva diferente a la tradicional, esta no busca enmarcar la salud mental sólo en los trastornos mentales ya que esta perspectiva considera que existen otros aspectos que se encuentran presentes en la salud mental de las personas. Además, es importante dar a conocer cómo una escala que observa la salud mental con otra mirada ha sido utilizada desde el ámbito nacional y latinoamericano para comprender el estado mental de poblaciones específicas.

A nivel nacional, la escala de salud mental ha sido implementada en diversas investigaciones, algunas de ellas son artículos de investigación publicados en revistas y trabajos de grado para optar a títulos profesionales.

Medina, Irida, Martínez & Cardona (2012) realizaron un estudio que tenía como principal objetivo comprender las características de Salud Mental Positiva en estudiantes de psicología en una universidad privada en la ciudad de Armenia Quindío. Tras la realización de esta investigación se pudo observar algunas características específicas en esta población, lo cual permitió a los investigadores tener evidencias que permiten la solicitud de programas que contribuyan a fortalecer las características en las que se evidenciaron problemáticas específicas.

Igualmente, en términos nacionales la escala de salud mental positiva también ha sido utilizada en trabajos de grado para optar a títulos de maestría y al igual que el artículo de investigación que se mencionó anteriormente, este buscaba comprender cómo se encontraba en términos generales una población específica, estudiantes de medicina.

Este trabajo de grado se encuentra en concordancia con la presente investigación, debido a que considera importante conocer el estado mental de la población en términos oportunos, lo que permitiría realizar una intervención temprana lo cual facilitaría que las personas tengan un buen estado de Salud Mental Positiva y con esto prevenir que se dé paso a la evolución de algunos trastornos mentales que inciden en algunas esferas de la vida de la persona e incluso el deterioro de su vida misma (Navarro, 2008).

#### **4.6 Implementación de la escala de Salud Mental Positiva a nivel Latinoamericano**

La escala de Salud Mental Positiva no sólo ha sido implementada a nivel nacional, asimismo ha sido utilizada en diversos países de Latinoamérica. Uno de esos países es Venezuela, donde la escala fue utilizada en la Universidad de los Andes en la facultad de medicina, del departamento de psiquiatría por uno de sus estudiantes para optar al título de doctor.

Esta investigación contó con una población de 270 estudiantes universitarios, su objetivo era observar cómo se encontraba la población en términos de salud mental y salud mental positiva, con el fin de analizar si esta se encontraba en iguales, peores o mejores términos a una medición que se había realizado anteriormente. Tras los resultados se pudo identificar que en términos de salud mental los estudiantes no presentaban una diferencia significativa con la medición anterior, pero en los resultados encontrados respecto a la salud mental positiva se presentaban diferencias

consistentes que debían ser intervenidas desde la Universidad para que así los recursos que son brindados por el estado para cada estudiante, sean utilizados de manera eficaz y eficiente (González, 2012).

Por otra parte, la escala fue implementada en México para comprobar la confiabilidad y validez del instrumento en la población mexicana. Así pues, esta se aplicó en 400 empleados del sector de la salud donde se logró comprobar que la escala presenta una buena confiabilidad y validez para esta población. Sin embargo el interés de la investigación, no sólo fue lo que anteriormente se menciona, también busca resaltar la importancia de utilizar este instrumento para la medición de salud mental, debido a que consideran que existen diversos instrumentos para la medición de la salud mental pero ninguno lo hace como la escala de salud mental positiva, y a que esta tiene en consideración diversos aspectos que forman parte de la salud mental que otros instrumentos no tienen en cuenta.

Además, su principal interés en validar la prueba para la población mexicana es lograr conocer en términos más amplios y precisos, como se encuentra la población mexicana respecto a la salud mental, ya que este es un problema de salud pública y por la tanto, todos los aportes que se puedan realizar desde las diversas investigaciones realizadas de salud mental contribuirían a que se desarrolle un modelo de atención preventiva para salvaguardar el bienestar individual de la persona (Martínez, et al., 2014).

#### **4.7 Conclusiones de los antecedentes**

En cuanto a limitantes que existen para la elaboración de estas investigaciones se plantea la diversidad de metodologías y variaciones que se dan a nivel de dichas investigaciones, incluso

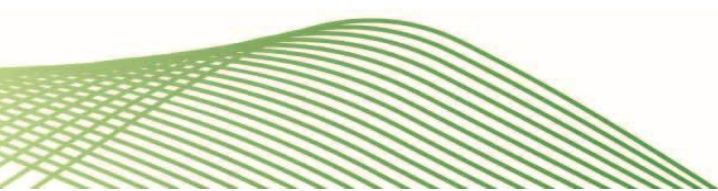
las capacidades que posea el investigador son un factor que incide en estas, ya que se requiere que presenten un adecuado desarrollo de ellas para la contribución y fortalecimiento de la investigación, es decir, que puedan gestionar financiación que permitan hacer un mayor abordaje de la problemática a partir del aumento de la población y elección de instrumentos. Puesto que la mayoría de los países en desarrollo tienen escasos recursos humanos y materiales apropiados para realizar investigación (Gallo et al., 2007).

Limitantes que podrían ser solucionados según el autor de la investigación con:

El compromiso de organizaciones gubernamentales y no gubernamentales, en acción concertada con otros socios nacionales e internacionales a fin de proveer el entorno político, financiero, humano y administrativo que permita alcanzar una producción sostenida de investigación dirigida a cubrir las necesidades nacionales y regionales en salud mental (Gallo et al., 2007,p.65 ).

Teniendo en cuenta la información revisada se va a concebir la salud mental desde la definición integral, idea ya argumentada en un principio del texto, por lo cual es necesario aplicar instrumentos tanto centrados en los trastornos mentales, consumo de sustancias y alcohol como en otros elementos implicados en la salud mental factores como los que propone Jahoda con su constructo de salud mental positiva en los que incluye la satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización y las habilidades de relación interpersonal. Sin embargo es necesario dejar claro que es poca la bibliografía encontrada desde esta concepción de salud mental.

En conclusión se halló como instrumento más utilizado el CIDI para abordar los trastornos mentales, pero para fines de la presente investigación no es adecuada su aplicación puesto que no se pretende realizar un diagnóstico. A su vez también son preocupantes las limitaciones en cuanto a la cantidad de la muestra debido a que para fines prácticos es difícil darles solución a ellas. De igual forma las acciones que puede realizar el investigador en relación a estas limitaciones serán consideradas para la presente investigación.



## 5. Marco teórico

Existen diferentes perspectivas para conceptualizar la salud mental: una que concibe la salud como un componente general y otra que la fragmenta en salud mental y en salud física. Por tanto la presente investigación se guiará por la primera perspectiva puesto que permite una concepción global del ser humano desde diferentes elementos interrelacionados como lo es lo físico, psicológico y social siendo la salud mental (el objeto de estudio de la presente investigación) un componente de la salud en general y no algo independiente de esta.

Y existen diferentes enfoques respecto a la salud mental una perspectiva positivo/negativa, múltiples criterios y otros la conciben en términos de normalidad. Guiado el presente estudio más por la perspectiva positivo/ negativa de la salud mental desde la cual se concebirán los aportes de la salud mental positiva sin dejar de lado la ausencia de la enfermedad e integrando algunos elementos de las otras perspectivas.

### 5.1 La salud

Reiterativos son los estudios que se realizan para encontrar la forma de aumentar la longevidad humana y disminuir la probabilidad de contraer enfermedades. Su concepción ha variado de igual forma conforme pasan los años y cambia la realidad sin perder su importancia y significatividad (Medina, 2014).

A través de los años ha existido una dificultad por definir la salud inicialmente, al igual que el término salud mental, puesto que son amplias y diversas las definiciones asociadas a los términos, sin que haya un consenso de lo que se define respecto a las mismas. Siendo una problemática abordada desde diferentes disciplinas como la medicina, psicología y las ciencias

sociales, siendo aún mayor la dificultad en el campo de la psicología donde no se encuentran definiciones o concepciones utilizadas en general por los psicólogos puesto que son diversos sus enfoques y formas de concebir los fenómenos que estudia (Serna, 2016).

Además de que las definiciones planteadas pueden ser entendidas como determinantes ideales del desarrollo de una sociedad y de sus individuos desde perspectivas políticas y filosóficas, teniendo en cuenta las diferentes reformas, avances o cambios de los derechos humanos y el contexto donde actualmente se desarrollan los individuos. Este carácter político de la salud ha permitido el desarrollo de una perspectiva salutogénica incentivando el incremento de investigaciones y desarrollo de intervenciones, pasando desde una perspectiva negativa a una positiva donde se busca generar programas de construcción de competencias, prevención y promoción de la salud (Gobernación de Antioquia, 2011; Serna, 2016).

Desde la organización mundial de la salud (OMS) la salud se define como «un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades» (OMS, 2013). Es decir que la salud tiene diferentes componentes y al definirla como un estado se incurre en una dicotomía según la cual se puede estar sano o no, mientras que utilizar el término proceso se comprendería que se desarrolla en un contexto específico y puede variar de un lugar a otro (Medina, 2014; Serna, 2016). Sin embargo sigue existiendo una dificultad en definir el límite en que se está en una condición sana o no. Además se observa como considerando la salud mental como algo interrelacionado con la salud en general.

Argumentada esta idea con aquellas situaciones en que se tiene una enfermedad física y las capacidades psicológicas se ven alteradas, de igual forma sucede al contrario cuando algunos

problemas psicológicos presentan síntomas físicos y cuando algunos estados afectivos y emocionales generan reacciones fisiológicas y problemas psicosomáticos. Tal es el caso en el que situaciones de estrés generan síntomas como el estreñimiento o problemas digestivos, por lo cual en la entrevista psicológica siempre se indaga por las enfermedades médicas (Llunch, 1999).

Ideas contrarrestadas por planteamientos como los de Sánchez (1991) quien afirma que para la psicología sería mucho más estratégico tratar la salud mental como una entidad independiente puesto que permitiría trabajar de forma más diferenciada y específica y reducir la primacía del modelo médico. Bajo esta perspectiva la enfermedad mental es el polo opuesto a la salud entre los cuales no existe un límite claro. No obstante la mayoría de las veces los seres humanos se sitúan en ambos polos existiendo múltiples combinaciones y además hay comportamientos que se inclinan más por un polo que por el otro, de forma que existe la posibilidad de tener salud aunque haya enfermedad (Llunch, 1999).

Además la salud comprende según Lydia Feito, características como: ser un concepto múltiple al ser concebido por diferentes formas, relativo puesto que varía dependiendo del contexto en que se desarrolle su definición, complejo ya que como se verá más adelante incluye gran cantidad de componentes y abierto debido a que la sociedad es cambiante y a medida que se modifica integra nuevos aspectos (Medina, 2014). Así la presente investigación concebirá la salud como un componente general y la entenderá como un proceso.

## **5.2 Orígenes y dificultades en la definición del término salud mental**

El término se originó en el siglo XX acompañada de una concepción del ser humano como un ser biopsicosocial basado en un enfoque integral y multidisciplinario, guiada por una filosofía



orientada a la prevención y promoción de la salud mental. Estuvo precedido el término del surgimiento de términos como profilaxis e higiene mental (Llunch, 1999).

Sin embargo en el contexto actual son mayores los avances científicos para el tratamiento del enfermo mental y su rehabilitación; en comparación con los avances en materia de promoción y prevención. Siendo mayores los programas dirigidos a la prevención que a la promoción (Llunch, 1999; Mejía, 2016).

Existen diferentes problemas para definir el término como: su contenido, puesto que recibe aportes de diferentes disciplinas; es complejo, ya que incluye gran cantidad de elementos; no tiene una definición directa por lo cual se ha intentado definir desde términos más concretos pero se reincide al adjuntar términos más abstractos como el bienestar, la felicidad o satisfacción; y cada cultura tiene diferentes conceptos acerca de la salud y la enfermedad. También la salud mental es dinámica y cambiante puesto que es un proceso constante de adaptación y equilibrio, lo cual puede incidir en que sea considerada como una utopía, algo deseable pero inalcanzable haciendo aún más difícil su definición. Permitiendo el surgimiento de diversas definiciones desde perspectivas positivo/negativa, de múltiples criterios y de normalidad (Llunch, 1999; Medina, 2014).

### **5.3. Perspectivas acerca de la salud mental**

Teniendo en cuenta que para el diseño y ejecución de la presente investigación es necesaria una definición de salud mental, se está advertido de las dificultades planteadas y existen diversas perspectivas acerca de la salud mental: perspectiva de normalidad, perspectiva de múltiples criterios, perspectiva positivo negativa (cada una de las cuales tienen argumentos a su favor y en

contra) se abordará la salud mental desde esta última perspectiva que será analizada más adelante (Llunch, 1999).

La perspectiva de normalidad significa en general que estar sano es ser normal, sin embargo no existe una definición única de que es lo normal por lo cual ha sido definida desde diferentes criterios: como promedio desde la cual lo sano es lo más frecuente, normalidad clínica estar sano es no tener sintomatología clínica idea que se corresponde con la perspectiva negativa que será abordada más adelante, normalidad utópica la salud es un estado de equilibrio armónico lo cual es inalcanzable, como proceso ser saludable es tener la capacidad de adaptación y madurez de sus sistemas de respuesta en relación a su entorno a lo largo del desarrollo y la normalidad jurídico- legal según la cual se valora la conducta en función al nivel de imputabilidad del acto y de su responsabilidad jurídica (Llunch, 1999).

Desde la perspectiva de múltiples criterios se define la salud apelando a diferentes componentes de la misma que deben coexistir. Esta perspectiva resulta el mejor acercamiento a una definición de salud mental sin embargo aún no hay un consenso de cuales criterios debe incluir, por tanto, siguen existiendo diferentes definiciones de salud mental y en su mayoría integran elementos como funcionalidad, adaptación y subjetividad lo cual puede ser debido a que existen diferentes enfoques en psicología que comprenden los fenómenos de forma diferente y su valor empírico varía (Llunch, 1999).

La definición de la presente investigación está relacionada con algunas de las concepciones de normalidad, siendo a su vez una definición con múltiples criterios, pero la base de la definición parte de una perspectiva positivo/negativa de la salud mental intentando ser una definición

integral que intenta anudar los diferentes aspectos implicados en la salud mental siendo este un campo tan complejo (Llunch, 1999).

### **5.3.1 Perspectiva positivo/ negativa de la salud mental.**

Esta perspectiva incluye los dos polos opuestos que ya hemos mencionado. Uno de ellos es la perspectiva negativa desde la cual la salud mental significa la ausencia de enfermedad y su fin último es la curación, tratamiento y rehabilitación de las enfermedades mentales. Desde esta perspectiva están orientados los diferentes estudios recopilados en los antecedentes según los cuales se busca comprender solo la presencia o ausencia de trastornos mentales, consumo de sustancias o comportamientos suicidas (Llunch, 1999).

Perspectiva que guía el quehacer profesional en el campo de la psicología el cual tiene gran cantidad de marcos teóricos y metodológicos centrados en el tratamiento y rehabilitación de la enfermedad en comparación a la promoción y prevención de la salud mental. Siendo asistencial, tradicional, y omitiendo los aspectos positivos implicados en el concepto de salud mental (Llunch, 1999).

Estos aspectos los retoma la perspectiva positiva dirigida a la promoción y prevención que concibe la salud como un estado de funcionamiento óptimo del ser humano. Perspectivas que serán ampliadas a continuación (Llunch, 1999).

#### ***5.3.1.1 La salud mental positiva.***

Salud Mental Positiva reconocida como:

...El resultado de la interacción de factores psicosociales de las personas que le facilitan alcanzar un alto nivel de bienestar, de funcionamiento óptimo e implica la promoción de sus cualidades facilitando su máximo desarrollo, potencial que está determinado por la presencia de los factores satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización y las habilidades de relación interpersonal (Lluch, 1999, p.21).

**La satisfacción personal** se podría denominar en general como la calidad de vida, ya que ha sido utilizado para conceptualizar y evaluar el bienestar subjetivo y/o calidad de vida percibida, que permite conocer de manera global la satisfacción de la persona en diversas esferas de la vida, puesto que diversos autores consideran que la satisfacción consigo mismo y el significado de vida percibido, son buenos predictores de la satisfacción global (Jahoda, 1958; Llunch, 1999; Serna, 2016).

**La actitud pro social** es un factor que hace referencia a los aspectos que forman parte del auto concepto de un individuo, el cual se centra en la autopercepción que este posee de sí mismo. Esta se encuentra relacionada con otros términos como la auto aceptación, la cual hace referencia a esa aprobación del individuo respecto a todo aquello que posee en cuanto a sus limitaciones y posibilidades; la autoconfianza se refiere a la autoestima y auto respeto significando así la concepción del individuo respecto a sí mismo como bueno, fuerte y capaz; y la autodependencia vinculada con la autoconfianza, enfatiza en tomar la propia iniciativa, fortaleciendo así la responsabilidad de cada individuo frente a la concepción de sí mismo y sus propios criterios (Jahoda, 1958; Llunch, 1999; Serna, 2016).

En los principales trastornos mentales, la distorsión del autoconcepto se encuentra presente, por esto se puede considerar como un indicador de salud mental positiva, el hecho en el que la persona pueda expresar su autoconcepto (definirse) de una forma que corresponda o se ajuste a la realidad y que, además, refleje la autoaceptación sin miedo ni temor a ser lo que es (Jahoda, 1958; Llunch, 1999; Serna, 2016).

**El autocontrol** también forma parte de los factores que componen la salud mental positiva, es una dimensión fundamental para lograr obtener un equilibrio emocional, aspecto que previene el estrés y contribuye a un mejor funcionamiento adaptativo de la persona. También es considerado como un estilo cognitivo de afrontamiento el cual permite que se movilicen los recursos necesarios para regular los sentimientos y comportamientos que se generan por situaciones de estrés (Jahoda, 1958; Llunch, 1999; Serna, 2016).

Por otra parte, se encuentra el factor de **autonomía**, alude a la individualidad de la persona respecto a su ambiente, es decir, la persona no permite que las influencias sociales permeen su individualidad. Este concepto puede entenderse desde dos perspectivas, la autorregulación y conducta independiente, la primera permite que la persona tenga la capacidad de orientar su propio comportamiento mediante estándares interiorizados e implica el mantenimiento continuo del autorespeto y la segunda permite tener un comportamiento estable que no esté mediado por el medio exterior, como sí lo está por el medio interior de la persona, permite que se inmunice los aspectos negativos que provienen del exterior las personas autónomas pueden tener y sostener una relativa serenidad y felicidad en medio de circunstancias que podrían conducir a otras personas a un desequilibrio emocional (Jahoda, 1958; Llunch, 1999; Serna, 2016).

Otro de los factores que integran el concepto de salud mental es la **resolución de problemas y auto actualización**, se refiere a aquello que la persona desea hacer de su vida, es decir, hacia dónde la dirige. Este factor se encuentra compuesto por dos subdominios como principio general de la vida, entendiéndolo como todo acto que moviliza la actividad de todos los organismos; y como criterio de salud mental positiva se encuentra conformado por dos dimensiones, la motivación por la vida y la implicación en la vida: la primera alude al hecho de encontrarse motivado no sólo para cubrir las necesidades básicas de todo individuo, sino la motivación hacia la realización de proyectos futuros, metas impuestas que se anhela cumplir a largo plazo; y la segunda conlleva a que la persona autorrealizada no sólo se preocupe por sus intereses y bienestar personal, sino que esté interesada y preocupada por las personas que le rodean (Jahoda, 1958; Llunch, 1999; Serna; 2016).

Por último se encuentra las **habilidades de relación interpersonal**, estas se encuentran relacionadas con una de las partes esenciales de la actividad humana como lo es la comunicación interpersonal, en otras palabras, las habilidades sociales, pues el saber relacionarse con los demás, poder expresar de forma adecuada el mensaje que se quiere transmitir, comunicarse asertivamente, son fundamentales y permiten lograr tener buenas relaciones interpersonales y fortalecer la construcción personal (Jahoda, 1958; Llunch, 1999; Serna, 2016).

La salud mental positiva integra gran cantidad de elementos que otras definiciones dejan aislados, sin embargo esta definición no incluye algunos aspectos de igual importancia como la ausencia de enfermedad, la cual, era el pilar de lo que anteriormente se entendía por salud mental. Por lo cual se considera desde la presente investigación que a este concepto le falta integrar este componente, de forma que será abordada en las siguientes páginas y será un

elemento que de igual forma se indaga en la presente investigación en compañía con los componentes de la salud mental positiva. Puesto que como lo menciona Jahoda la ausencia de enfermedad puede ser un criterio necesario pero no suficiente (Jahoda, 1958). Permitiendo así estas dos perspectivas una concepción un poco más integral de la salud mental.

### ***5.3.1.2 La salud mental como ausencia de enfermedad.***

Desde esta perspectiva la salud mental es la ausencia de enfermedad, de síntomas de trastornos mentales, de abuso de sustancias o comportamientos suicidas. Siendo estos los principales factores que se indagan en una consulta psicológica individual en las diferentes instituciones de salud (Gobernación de Antioquia, 2011).

#### ***A. Síntomas de los trastornos mentales.***

La salud y el trastorno mental no son conceptos contrarios, son configuraciones distintas de un proceso bidireccional, lo cual explica porque se puede carecer de salud mental sin tener una patología mental (Gobernación de Antioquia, 2011, p.28).

Un trastorno mental es una alteración de los procesos cognitivos y afectivos considerados como anormales con respecto al grupo y limitan la funcionalidad del sujeto en las diferentes esferas de la vida donde se desenvuelve ya sea en el ámbito familiar, social, laboral o económico. Y los síntomas son las manifestaciones de alteraciones psicológicas que evidencian la existencia de una enfermedad y sirven para determinar su naturaleza, no se pueden observar por lo que es necesario que la persona los reporte y son un indicio o señal de que algo está ocurriendo (Gobernación de Antioquia, 2011).

Y en la presente investigación se indaga por los síntomas de los trastornos de ansiedad y depresión, los cuales se evidencian en síntomas como: síntomas somáticos, síntoma estado de ánimo depresivo, síntomas de disminución de energía y síntomas de pensamientos depresivos. El trastorno de ansiedad se refiere a un constante estado anticipatorio frente al futuro u otras situaciones y presenta sintomatología a nivel fisiológico, cefaleas frecuentes, trastornos de sueño, temor fácil, temblor, nervios, tensión o aburrimiento, problemas digestivos, sensaciones estomacales desagradables y fatiga sin explicación; cognitivo, desrealización o despersonalización, distractibilidad, confusión, dificultad para pensar, temores específicos de todo tipo, miedo a perder el control o «volverse loco», miedo a morir; y a nivel comportamental se manifiesta de forma desadaptativa y no se puede controlar la ansiedad con patrones relacionales de dependencia, búsqueda de reaseguramiento y expresiones de culpa (Gobernación de Antioquia, 2011; APA, 2014).

Los trastornos depresivos se refieren a la no aceptación de la irrevocabilidad de cualquier tipo de pérdida simbólica, y se manifiesta con síntomas como la pérdida del interés o la capacidad para sentir placer, cambios en el apetito, cambios en el sueño, pérdida de energía, sentimientos de inutilidad o culpa, disminución en la capacidad para pensar o concentrarse, sentimientos de tristeza y comportamientos suicidas. Además de que este trastorno se presenta con gran frecuencia en la población Andina según estudios como el realizado en el 2011 por la gobernación de Antioquia (Gobernación de Antioquia, 2011; APA, 2014).

El campo de los trastornos mentales no es tan vasto sin embargo para efectos de la realización de un tamizaje solo se requiere de una aproximación, siendo estos los síntomas de los trastornos más frecuentes en la población colombiana y antioqueña y además para efectos prácticos puede



generar dificultades el indagar por más trastornos mentales (Gobernación de Antioquia, 2011; APA, 2014).

De forma que se indaga principalmente por cuatro síntomas que están directamente relacionados con los trastornos anteriormente expuestos. Disminución de energía: asociada con sentimientos de cansancio y fatiga persistentes; síntomas somáticos: son alteración fisiológicas que no tienen una causa biológica de base; estado de ánimo depresivo: tristeza generalizada y persistente que influye en la percepción del mundo; y pensamientos depresivos: ideas o cogniciones persistentes relacionadas con emociones como la tristeza, el desapego o el negativismo (APA, 2014; Beusenber & Orley, 1994)

#### *B. La ideación suicida.*

Son todas aquellas cogniciones, pensamientos y planes recurrentes de la terminación con la vida propia, dichas ideaciones tienen diferentes grados de intensidad y suelen ser un paso previo de la conducta suicida, aunque no en todos los casos. Esta es considerada como un síntoma grave y está asociada a gran cantidad de trastornos mentales. Especialmente se encuentra presente en los trastornos del estado de ánimo y es uno de los criterios diagnósticos de depresión mayor, y constituye un evento diferenciador del duelo si la persona lo ha sufrido anteriormente, junto con otros síntomas. Además a nivel del suroeste este aspecto fue más significativo en Andes que en los otros municipios según el tamizaje departamental (OMS, 2017).

Algunos signos o síntomas asociados a la ideación suicida o que pueden activar las alarmas de sus parientes o el personal clínico son la expresión manifiesta de la intención suicida o verbalización de ideas de suicidio, comentarios o verbalizaciones negativas sobre sí mismo o

sobre su vida, comentarios o verbalizaciones negativas sobre su futuro, o relacionadas con el acto suicida o la muerte evidenciando ideas de suicidio, como: hablar acerca de la muerte, del suicidio y/o incluso declarar el deseo de hacerse daño, de marcharse y despedidas verbales o escritas (OMS, 2017).

### *C. El abuso del alcohol.*

El consumo de alcohol no es considerado un criterio para determinar la ausencia de salud sin embargo el consumo descontrolado del mismo, en el cual la persona no tiene la capacidad de regular su consumo, existe una dependencia física de la sustancia y es muy frecuente su consumo, se considera un criterio para hablar de trastornos mental, puesto que conlleva a un deterioro y malestar clínicamente significativo además de los problemas médicos que genera (Gobernación de Antioquia, 2011).

Se manifiesta con síntomas como síndrome de abstinencia, uso de alcohol con frecuencia y en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía, deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo, empleo de mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención, consumo o recuperación de los efectos, reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo y continuidad de este a pesar de tener conciencia de los problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo (Gobernación de Antioquia, 2011).

#### *D. El consumo de sustancias psicoactivas.*

Estas sustancias pueden ser de origen natural o sintético, son consumibles por cualquier vía (oral-nasal-intramuscular-intravenosa), producen algunos efectos en las funciones del sistema nervioso central. Los efectos que generan van desde la inhibición del dolor, modificar el estado anímico o alterar las percepciones y alterar las áreas de funcionamiento vital (Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2013).

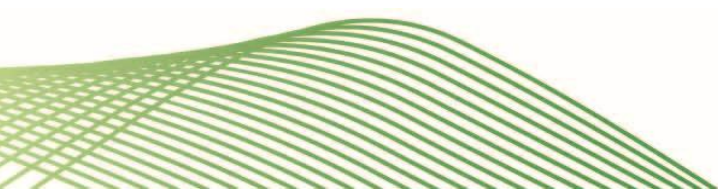
A continuación se puede conocer la causa fisiológica que las hace susceptibles de generar un consumo dependiente:

Todas las drogas que se consumen en exceso producen una activación directa general del sistema de recompensa cerebral, que está implicado en el refuerzo comportamental y en la producción de recuerdos. Esta activación del sistema de recompensa es tan intensa que incluso se descuidan las actividades normales. En vez de obtener dicha estimulación a través de comportamientos adaptativos, las drogas de abuso activan directamente las vías de recompensa (APA, 2014, p.481).

De forma que según todo lo argumentado en las páginas anteriores la presente investigación partirá desde una perspectiva positiva/ negativa a través de la cual se indaga por los dos aspectos, la ausencia de enfermedad y la salud mental positiva a través de los instrumentos que se indicarán más adelante, los cuales surgen del marco teórico ya abordado, y en el caso de un instrumento a través de su autor primario como lo es Jahoda.

Según lo ya explicado, la forma en que se concebirá la salud mental desde la presente investigación será la siguiente: La salud mental es un proceso de búsqueda de equilibrio que se

da entre lo simbólico, emocional, relacional, individual y colectivo, el cual permite que las personas se desenvuelven adecuadamente en las diferentes esferas de la vida cotidiana, potencial que está determinado por la presencia de los factores como la satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización, las habilidades de relación interpersonal y la ausencia de enfermedades mentales. Esta definición integra las otras dos perspectivas: de normalidad al incluir diferentes criterios para definir lo normal y por lo que se deduce también parte de la perspectiva de múltiples criterios.



## **6. Metodología**

### **6.1 Tipo de investigación**

Investigación de tipo cuantitativa puesto que el fenómeno se concibe como una variable a conocer, existe una realidad objetiva común y en esta se indaga por los trastornos mentales y variables de la salud mental positiva a través de instrumentos estandarizados que arrojan puntuaciones numéricas y pueden interpretarse en el marco de la salud mental ; la literatura es crucial en la investigación y la guía sirviendo de marco de referencia para el planteamiento del problema, el marco teórico, la metodología y análisis de los resultados; la investigación está estructurada en unos pasos lógicos y se predetermina la mayoría de acciones antes de la recolección de los datos. De forma que la naturaleza del fenómeno es cuantitativa implica codificar números (Hernández, 2014).

De tipo descriptivo correlacional descriptivo debido a que solo se va a medir el estado de la variable: salud mental y esta variable ya ha sido ampliamente estudiada, y es correlacional puesto que se observará la relación entre los cuatro instrumentos que miden la salud mental desde dos perspectivas desde la salud mental positiva y desde la concepción de salud mental como ausencia de enfermedad.

### **6.2 Diseño de investigación**

Se realizará una investigación no experimental puesto que se medirá una variable dependiente, la salud mental la cual puede estar determinada por gran cantidad de factores sin manipularla o modificarla en compañía de otras variables. Y se realizará una investigación transversal teniendo en cuenta que se realizará una evaluación en un único momento con varios

instrumentos sin realizar más evaluaciones que impliquen un seguimiento de los cambios de la variable (Hernández, 2014).

Siendo un diseño transaccional correlacional debido a que relacionan dos instrumentos, estableciendo asociaciones entre ellos sin precisar sentido de causalidades fundamentadas en hipótesis correlacionales.

### **6.3 Población y muestra**

La población del municipio de Andes para el 2018 será de 46.621 del área urbana son 23.734 (50.11%) y la rural de 22.887 (49.88%) según las proyecciones de la población del DANE, de esta cantidad de personas el número que conforma la población objeto de estudio (Jóvenes y adultos entre 20 y 59 años) es 25.026 (Ministerio de Salud y Protección Social, 2007). Esta información puede que haya presentado modificaciones debido al crecimiento natural, fecundidad y mortalidad que se pudo presentar en los últimos dos años, puesto que estos datos son el resultado de una proyección (DANE, SF)

Además, se eligió la población juvenil y adulta puesto que este estudio permite apoyar una investigación más amplia que se está realizando actualmente en el municipio de salud mental sólo con población adolescente, de forma que la población adulta y juvenil tardía no está siendo incluida y no se dispone de un tamizaje de salud mental en el municipio.

Respecto a la variable sociodemográfica del estado civil en el municipio de Andes, el 10 % de la población no se encuentran casados pero sostienen una relación de dos o más años, el 2,1 % igualmente no se encuentran casados pero sostienen una relación de menos de dos años, otra parte de la población 4,2% se encuentran separados/divorciados, el 4,9% son viudos, el 44,4 %

son solteros y el 34,4% están casados. Estas cifras son las que consolidan el estado civil del municipio de Andes, pero son porcentajes que se obtuvieron en el censo realizado por el DANE en el año 2005, esta es la información de la cual se dispone respecto al estado civil de la población andina.

La muestra incluye mujeres y hombres adultos entre 20 y 59 años del municipio de Andes del área urbana y rural teniendo en cuenta que la población aproximada es de 25026 personas, se tomará una muestra con un margen de error del 5,6% y con un nivel de confianza del 95%, de forma que se contempla una muestra de 300 personas aproximadamente. Siendo una muestra representativa que guarde las proporciones de la población Andina por lo cual tendrán variables sociodemográficas iguales a la población ya antes mencionadas, siendo una muestra no probabilística contemplándose proporcionalidad de la población y significativa para que los datos puedan ser generalizados al resto de la población.

#### **6.4 Criterios de inclusión y exclusión\***

##### **Criterios de inclusión.**

- Tener entre 20 y 59 años.
- Residentes del municipio de Andes.

##### **Criterios de exclusión.**

- Presentar una discapacidad visual.
- No saber leer (analfabetismo)
- Ser residente de otro municipio diferente a Andes.

\*Los criterios que se van a exponer no se relacionan con una forma de exclusión social sino con el tipo de selección de muestra para controlar las variables sociodemográficas que pueden alterar los resultados y para efectos prácticos de la forma de presentación de los instrumentos.

### 6.5 Variables de estudio

Aspectos a indagar		VARIABLE	CODIFICAR
<b>Variables Sociodemográficas</b>	Sexo	Hombre	1
		Mujer	2
	Residencia	Rural	1
		Urbano	2
	Estado Civil	Soltero	1
		Unión libre	2
		Casado	3
		Viudo	4
		Separado o divorciado	5
		Otro	6
	Estrato	1	1
		2	2
		3	3
		4 o más	4
	Convivencia en el hogar	Padres y hermanos	1



		Otros familiares y allegados	2
		Solo con el padre o solo con la madre (puede incluir hermanos)	3
		Vive con pareja	4
		Vive solo	5
		Comparte vivienda o residencia con allegados o desconocidos	6
		Con hijos	7
		Vive con pareja e hijos	8
		Otro	9
	Educación	Sin escolaridad	1
		Básica primaria	2
		Básica secundaria	3
		Bachiller	4
		Técnico	5
		Tecnólogo	6

	Ocupación	Profesional	7
		Posgrado	8
		Desempleado	1
		Estudiante	2
		Independiente	3
		Empleado	4
		Vinculado	5
		Jubilado	6
	Estudiante y empleado	7	
	Edad		
	Institución o empresa		
	Cargo		
	Número de personas que conforman su hogar		
Lugar de nacimiento			
<b>Estado de salud</b>	Percepción subjetiva del estado de salud	Mala	1
		Regular	2
		Buena	3
		Muy buena	4
		Excelente	5
	Asistencia a consulta médica en el último mes	Si	1
		No	0

*Tamizaje de salud mental en el municipio de  
Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez*

	Asistencia a consulta psicológica en el último mes	Si	1
		No	0
	Antecedente de diagnóstico por psicólogo o psiquiatra en la infancia y/o pre-adolescencia	Si	1
		No	0
	Antecedente de diagnóstico por psicólogo o psiquiatra en adolescencia o posterior	Si	1
		No	0

## 6.6 Instrumentos de recolección de información

Se utilizarán cuatro instrumentos que permitirán la medición de la salud mental desde dos enfoques, aquel que la considera como la ausencia de enfermedad y el constructo elaborado por Jahoda de salud mental positiva e instrumentos para medir el consumo de alcohol y de sustancias.

### 6.6.1 Cuestionario de Síntomas de Trastornos Mentales (SRQ).

El instrumento que evalúa la salud mental como la ausencia de enfermedad y el cual será tomado para la presente investigación es el cuestionario de síntomas de trastornos mentales (SRQ) instrumento realizado por la OMS en 1982, validado en varios países de América Latina y

en Colombia. Además presenta una sensibilidad del 94,6% mientras que la especificidad es de 40,2% según algunos autores. Así mismo, un estudio más reciente aumenta la especificidad en un 54% (Gobernación de Antioquia, 2011; Beusenberg & Orley, 1994) (Ver anexo 1).

El análisis del Cuestionario de Síntomas propone analizar 20 preguntas en cuatro factores: disminución de energía (ítems 8, 11, 12, 13, 18 y 20), síntomas somáticos (1, 2, 7 y 19), estado de ánimo depresivo (6, 9 y 10) y pensamientos depresivos (14, 15, 16 y 17). Determinándose la puntuación final con la sumatoria de todos los ítems, se suma 0 si la respuesta es NO y se suma 1 si la respuesta es SÍ, si la suma es de 11 o más es necesaria una valoración especializada.

Durante la realización de la investigación se modificaron 2 preguntas agregando otras versiones de la misma pregunta de la siguiente forma: la pregunta 10 inicialmente era ¿Llora usted más de lo que solía hacerlo? y se modificó así ¿Llora usted más de lo que solía hacerlo? (¿Llora usted más de lo usual?) y la pregunta 16 inicialmente era ¿Siente que usted es una persona inútil? y se modificó así ¿Siente que usted es una persona inútil? (¿siente que es una persona sin valor?).

### **6.6.2 Escala de salud mental positiva.**

Este constructo de Jahoda será evaluado mediante la Escala de salud mental positiva creada por Lluich (1999) la cual mide seis factores específicos: Satisfacción Personal, Actitud Prosocial, Autocontrol, Autonomía, Resolución de Problemas y Autoactualización y Habilidades de Relación Interpersonal de la información (Lluch, 1999) (Ver anexo 2).

Este instrumento fue realizado bajo el constructo teórico de Jahoda en 1958, el cual concibe la salud mental como el resultado de la interacción de factores psicosociales de las personas que

conlleven a un alto nivel de bienestar, de funcionamiento óptimo e implica la promoción de las cualidades permitiendo así su máximo desarrollo, es decir que se encuentra determinado por factores como satisfacción personal, actitud pro social, autocontrol, autonomía, resolución de problemas y auto actualización y las habilidades de relación interpersonal.

El instrumento se encuentra conformado por 39 ítems que se responden con una elección en una escala tipo Likert, que incluyen respuestas como (1. Siempre o casi siempre; 2. Con bastante frecuencia; 3. Algunas veces; 4. Nunca o casi nunca). Para obtener los resultados de este instrumento es necesario realizar la sumatoria de cada una de las subescalas y a nivel general, debido a que 19 ítems puntúan de manera inversa. Los resultados arrojados de la sumatoria de cada subescala se dividen por el número de ítems correspondientes, así como la puntuación total por el total de ítems del instrumento. Los valores resultantes se clasifican de acuerdo a tres niveles: Bajo (de 1.0 a 2.0 puntos), Medio (de 2.1 - 3.0 puntos) y Alto (de 3.1 a 4 puntos).

El instrumento arroja resultados generales Se puede obtener una puntuación global del CSM+ y puntuaciones de cada uno de los seis factores. Los valores máximos y mínimos, global y de los diferentes factores, se muestran en la tabla 1.

Tabla 1

*Distribución de factores de los ítems del CSM+ y valores máximos y mínimos de cada factor y del cuestionario global.*

<b>Factores</b>	<b>Ítems</b>	<b>Valores máximos y mínimos</b>
-----------------	--------------	----------------------------------

F1: Satisfacción personal	4*, 6, 7, 12, 14, 31, 38, 39	8-32
F2: Actitud prosocial	1, 3, 23*, 25*, 37*	5-20
F3: Autocontrol	2, 5*, 21*, 22*, 26*	5-20
F4: Autonomía	10, 13, 19, 33, 34	5-20
F5: Resolución de problemas y auto-actualización	15*, 16*, 17*, 27*, 28*, 29*, 32*, 35*, 36*	9-36
F6: Habilidades de relación interpersonal	8, 9, 11*, 18*, 20*, 24, 30	7-28
Total puntuación del CSM +		39-156
Nota: * Indica los ítems inversos.		

Es necesario que la fiabilidad de un instrumento se encuentre o esté por encima de 0.70 para ser considerado riguroso respecto a la variable que evalúa, puesto que en psicología las variables no son estáticas. Así pues, el cuestionario de salud mental positiva CSM+ presenta una confiabilidad global del 0.85 con una confiabilidad en cada uno de los factores mayor a 0.70, excepto el factor 2 “Actitud prosocial” el cual ha presentado un índice alfa por debajo de lo requerido. Por otra parte, en el resto de factores la fiabilidad oscila entre 0.72 del factor 3 “Autocontrol” y del factor 6 “habilidades de relación interpersonal” y el 0.79 del factor 1 “satisfacción personal”. (Ver tabla 2)

Tabla 2

*Resultado confiabilidad Test-Retest*

<b>Factores</b>	<b>Correlación</b>
Factor 1: Satisfacción personal	0.79
Factor 2: Actitud prosocial	0.60
Factor 3: Autocontrol	0.72
Factor 4: Autonomía	0.77
Factor 5: Resolución de problemas y autoactualización	0.77
Factor 6: Habilidades de relación interpersonal	0.72
Escala Global	0.85

Para la validación del instrumento se realizó tres tipos de validez, por expertos, constructo, contenido y análisis factorial. Además este instrumento ha sido utilizado en diversas investigaciones realizadas por: Navarro, 2008; Barradas, et al, 2011; González, 2012; Medina, 2012; Serna, 2016, entre otros más.

Para efectos de hacer más entendibles las preguntas al contexto se modificaron 4 preguntas modificando algunas palabras de la siguiente forma: la pregunta 26 inicialmente era ¿Si estoy viviendo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar manteniendo mi equilibrio personal? se modificó así ¿Si tengo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar

manteniendo mi estabilidad personal?; la pregunta 28 inicialmente era ¿Delante de un problema soy capaz de solicitar información? se modificó así ¿Cuando tengo un problema soy capaz de buscar información?; la pregunta 29 inicialmente era ¿Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me estimulan? se modificó así ¿Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me motivan?; la pregunta 33 inicialmente era ¿Me resulta difícil tener opiniones personales? se modificó así ¿Me resulta difícil expresar mi punto de vista?; y se omitieron los puntos suspensivos que contenían todas las preguntas del cuestionario oficial.

### **6.6.3 Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT).**

Es un instrumento desarrollado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) que permite identificar personas con un patrón de consumo de alcohol perjudicial o de riesgo para la salud de individuo. Es un método de tamizaje y de evaluación breve que a partir de 10 preguntas sobre consumo reciente, síntomas de la dependencia y problemas relacionados con el alcohol. Permitiendo clasificar el tipo de consumo en: consumo de riesgo, consumo perjudicial o dependencia de alcohol (Babor et al., 2001).

Esta escala tiene adecuadas propiedades psicométricas con una sensibilidad frente a diferentes índices de consumo problemático mayor a 0,90 con unidad de corte de 8 puntos, especificidad mayor a 0,80 y su fiabilidad muestra una amplia consistencia interna ( $r=86$ ). Ha sido estandarizada en 6 países, se ha desarrollado y evaluado durante dos décadas, demostrando su capacidad para medir el riesgo de consumo de alcohol en diferentes culturas (Babor et al., 2001).

Los 3 primeros ítems se refieren a consumo de riesgo de alcohol, los síntomas de dependencia del cuarto al sexto y el consumo perjudicial del alcohol del séptimo al décimo. La puntuación en



el AUDIT va de 0 a 40, permitiendo identificar cuatro diferentes niveles de riesgo, puntuación de 0 a 7 un consumo sin riesgo, de 8 a 15 un consumo con riesgo, seguido de un consumo dependiente si el resultado es de 16 a 19, y finalmente un consumo perjudicial desde 20 puntos en adelante. Esta puntuación se adquiere sumando la respuesta de cada ítem de la siguiente forma: nunca indica una puntuación de 0 en este ítem, una o menos veces al mes equivale a 1, de 2 a 4 veces al mes equivale a 2, de 2 a 3 veces a la semana equivale a 3 y 4 o más veces a la semana equivale a 4. Al cuestionario se le realizó una pequeña variación de la palabra consumiciones reemplazándola por tragos, debido a que esta palabra es más adecuada en el contexto Colombiano (Torres, 2015). En conclusión este es un cuestionario ampliamente utilizado y en diferentes estudios se ha evidenciado que proporciona una buena discriminación (Babor et al., 2001).

Una de sus preguntas era de difícil comprensión para la muestra por lo que se modificó la pregunta 3 del test ¿Con qué frecuencia toma en un solo día 6 o más tragos de bebidas alcohólicas? se modificó así ¿Con qué frecuencia toma en una salida 6 o más tragos de bebidas alcohólicas? (Ver anexo 3).

#### **6.6.4 Cuestionario de uso de drogas (DAST-10).**

Este instrumento permite identificar el consumo de sustancias psicoactivas y consiste en un cuestionario de 10 ítems a partir de los cuales se detectan posibles alteraciones físicas y psicológicas provocadas por su consumo excesivo y el abuso de drogas (Ver anexo 4).

Se aplicará la variación desarrollada por Torres et al., 2015 que basándonos en su versión original en la cual se presenta una puntuación de 0 a 20 y cuyo punto de corte para determinar

posibles riesgos es 4, adecuaron tal puntuación a una escala Likert que consiste en cinco opciones de respuesta en términos de frecuencia con puntuaciones de 0 a 4 (Nunca, Casi nunca, A veces, Casi siempre y Siempre), lo cual implica que la puntuación va de 0 a 40 y que el punto de corte para detectar un consumo peligroso se dobla a 8, permitiendo de igual forma identificar tres niveles diferentes que van desde no reportar consumo (0 puntos), pasando por algún consumo o dificultad (1 - 7), y llegando en última instancia al reporte de consumo y dificultades (8 - 40). Cabe aclarar que los investigadores no realizaron un proceso de validación para este puntaje, sin embargo se considera pertinente su variación puesto que da la disponibilidad de tener diversas respuestas frente al consumo.

No obstante la escala original tiene adecuadas propiedades psicométricas y ha sido ampliamente utilizada con un coeficiente alfa de 0,94. Para la investigación se modificaron algunos ítems para facilitar la comprensión en los participantes cambiando algunas palabras: la pregunta 2 ¿Ud. Usa más de una droga a la vez? se modificó así ¿Consume varias drogas al mismo tiempo? y la pregunta 3 ¿Es Ud. capaz de parar de usar drogas siempre cuando se lo propone? se modificó así ¿Cuando quiere puede parar de consumir drogas?

## **6.7 Procedimiento de recolección de la información**

Se solicitó en diferentes organizaciones, instituciones y empresas el espacio, acceso y el contacto con los participantes para aplicarles los cuestionarios, a los cuales se les informó el propósito de la investigación y su procedimiento, así como se informó que las investigadoras son psicólogas en formación de la Universidad de Antioquia, el tratamiento que se le dio a los datos, así como su anonimato, libertad de abandonar la investigación y autorización de disponer de la información que se recolecta, en general las consideraciones éticas de la investigación.

## 6.8 Plan de análisis

La información se codificará en Excel, la base de datos se decantará y se migrará al programa SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) para realizar los análisis preliminares de confiabilidad y se aceptarán los resultados superiores a 0,70 de alfa de Cronbach estadístico que establece correlaciones de la prueba en el tiempo. En caso de que no se cumpla el anterior criterio se eliminarán los ítems o puntuaciones de un participante que disminuyen la confiabilidad. Esta se refiere a la consistencia de las puntuaciones en el tiempo, además se realizará análisis factorial de cada uno de los instrumentos.

Si la confiabilidad es aceptable se procederá a realizar los análisis de frecuencia generales por número y porcentaje y de frecuencia comparativa; análisis descriptivos generales en términos de puntuación media, desviación estándar, puntuación mínima y máxima y análisis descriptivos comparativos a partir de tablas de contingencia entre los dos instrumentos y entre cada uno de ellos en relación con algunas variables sociodemográficas. Indicando aquellos datos que sean significativos según los coeficientes de chi-cuadrado, aceptando coeficientes inferiores a 0.05.

El análisis de frecuencia por número se refiere a la cantidad de individuos que comparten una característica mientras que por porcentaje se indican las proporciones de la muestra en relación a diferentes variables mostrando como se representa ese dato en el 100% de la población. Y los análisis de frecuencia comparativa permiten identificar los individuos que comparten dos características o variables tanto demográficas como de las puntuaciones de cada instrumento por ejemplo cuántas mujeres hay en estrato 3 y sacaron autonomía alta en la escala de salud mental positiva.

Los análisis descriptivos pueden ser generales y comparativos, entre los generales se encuentra la puntuación media la cual se indicará en variables como los resultados de cada instrumento puesto que este estadístico nos permitirá conocer la puntuación más común o que la mayoría de las personas obtuvo con sus respectivas puntuaciones estándar las cuales permiten identificar aquellas puntuaciones menos frecuentes o atípicas es decir cuales puntuaciones están más alejadas de la media.

También la puntuación mínima y máxima permitirá observar el resultado más alto o más bajo que un individuo obtuvo en un instrumento así como la menor edad de los participantes y la mayor edad.

Se examinará el coeficiente de Pearson entre los instrumentos para conocer si existe una correlación positiva, negativa o nula. Una correlación positiva indica que los instrumentos están directamente relacionados es decir que a medida que aumenta una puntuación en un instrumento aumenta la puntuación en el otro, o en sentido contrario cuando disminuye una puntuación disminuye la otra.

Una correlación negativa se refiere a que los instrumentos están inversamente relacionados, de forma que cuando aumenta la puntuación obtenida en uno disminuye la puntuación obtenida en el otro o al contrario disminuye una y aumenta la otra. Y una correlación nula indicaría que no existe una relación o asociación entre los instrumentos.

Posteriormente si se observa que existe una relación positiva o negativa en los análisis estadísticos de coeficiente de correlación de Pearson se indicará la fuerza y significatividad. La fuerza se refiere a que tan potente es la relación por lo cual se aceptará una fuerza mayor a 0.50

(f 0.50), es decir que entre más cercano a 1 mayor es la fuerza. Y la significatividad muestra que tan unidas están las variables de forma que se aceptará una significatividad inferior a 0.05 o de 0.01, lo cual indica que las variables se encuentran vinculadas.

Y se realizará tablas de contingencia entre cada uno de los instrumentos y variables sociodemográficas como el estrato, el estado civil y convivencia en el hogar indicando las diferencias entre las puntuaciones de tendencia central respecto a la variable, teniendo en cuenta los resultados significativos en la prueba chi-cuadrado.

## **6.9 Consideraciones éticas**

Esta investigación se rige por las disposiciones contempladas en la Resolución 8430 del 4 de octubre de 1993 del Ministerio de Salud de la República de Colombia; resolución por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud, específicamente las establecidas en el Título II (De la investigación en seres humanos), Capítulo 1 (De los aspectos éticos de la investigación en seres humanos) y sus artículos 5, 6, 8, 11a y el párrafo 1° del artículo 16.

ARTÍCULO 5. En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberá prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y su bienestar.

ARTÍCULO 6. La investigación que se realice en seres humanos se deberá desarrollar conforme a los siguientes criterios:

a) Se ajustará a los principios científicos y éticos que la justifiquen.

b) Deberá prevalecer la seguridad de los beneficiarios y expresar claramente los riesgos (mínimos).

d) Deberá ser realizada por profesionales con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano bajo la responsabilidad de una entidad de salud, supervisada por las autoridades de salud, siempre y cuando cuenten con los recursos humanos y materiales necesarios que garanticen el bienestar del sujeto de investigación.

ARTÍCULO 8. En las investigaciones en seres humanos se protegerá la privacidad del individuo, sujeto de investigación, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice.

ARTÍCULO 11. Según este reglamento la investigación se clasifican en la siguiente categoría:

a) Investigación sin riesgo: Son estudios que emplean técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos y aquellos en los que no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio, entre los que se consideran: revisión de historias clínicas, entrevistas, cuestionarios y otros en los que no se le identifique ni se traten aspectos sensitivos de su conducta.

PARÁGRAFO PRIMERO del ARTÍCULO 16 (El Consentimiento Informado). En el caso de investigaciones con Riesgo Mínimo, el Comité de Ética en Investigación de la institución investigadora, por razones justificadas, podrá autorizar que el Consentimiento

Informado se obtenga sin formularse por escrito y tratándose de investigaciones sin riesgo, podrá dispensar al investigador de la obtención del mismo.

Además al ser una investigación en psicología se deberán seguir los lineamientos planteados por el código de bioética planteadas en la ley 1090 de 2006 específicamente el Ordinal 9 del Artículo 2 (De los principios generales) y los artículos 49, 50 y 51 del Capítulo VII (De la investigación científica, la propiedad intelectual y las publicaciones).

ORDINAL 9 DEL ARTÍCULO 2. De los principios generales: Investigación con participantes humanos. La decisión de acometer una investigación descansa sobre el juicio que hace cada psicólogo sobre cómo contribuir mejor al desarrollo de la Psicología y al bienestar humano. Tomada la decisión, para desarrollar la investigación el psicólogo considera las diferentes alternativas hacia las cuales puede dirigir los esfuerzos y los recursos. Sobre la base de esta consideración, el psicólogo aborda la investigación respetando la dignidad y el bienestar de las personas que participan y con pleno conocimiento de las normas legales y de los estándares profesionales que regulan la conducta de la investigación con participantes humanos.

ARTÍCULO 49. Los profesionales de la psicología dedicados a la investigación son responsables de los temas de estudio, la metodología usada en la investigación y los materiales empleados en la misma, del análisis de sus conclusiones y resultados, así como de su divulgación y pautas para su correcta utilización.

ARTÍCULO 50. Los profesionales de la psicología al planear o llevar a cabo investigaciones científicas deberán basarse en principios éticos de respeto y dignidad, lo mismo que salvaguardar el bienestar y los derechos de los participantes.

De acuerdo a lo anteriormente mencionado la presente investigación se regirá por los anteriores lineamientos siguiendo criterios como la confidencialidad, libertad de abandonar la investigación teniendo una participación voluntaria. Puesto que la presente investigación contribuye a la ampliación de conocimientos en psicología siguiendo los criterios científicos y éticos. Prevalciendo el bienestar y los derechos de los participantes.

Siendo una investigación de riesgo mínimo, puesto que no se realizará ninguna intervención solo se describirá la salud mental de los participantes. Lo cual será comunicado a estos al igual que se informaran los anteriores criterios éticos que la rigen, sus derechos y ausencia de una remuneración económica o de otra índole.

Los datos se trabajarán de forma anónima y se realizará la investigación con el asentimiento, puesto que no se requiere del consentimiento válido debido a que no se requieren datos de identificación de los participantes. Además los datos recolectados servirán como base para futuras intervenciones y fines académicos por lo cual no será utilizado para fines comerciales por lo que en la transmisión de la información a otras corporaciones deberá garantizarse su utilización para la investigación e intervención sin fines comerciales.



## 7. Resultados

En el presente apartado se expondrán los resultados obtenidos por la presente investigación iniciando por la descripción de la características sociodemográficas de la muestra y de los resultados obtenidos en los instrumentos mediante el análisis de las frecuencias, porcentajes y de los estadísticos descriptivos (media, desviación estándar, comparación de medias) y los estadísticos comparativas de los datos significativos. Se continúa con los análisis de confiabilidad y factoriales de los instrumentos y, posteriormente, se analiza la distribución de los datos mediante la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov. Posteriormente, se presentan los resultados de los análisis correlaciones entre los instrumentos y las características sociodemográficas y finalmente entre los cuatro instrumentos.

### 7.1 Análisis descriptivo

#### 7.1.1 Características sociodemográficas de la muestra.

La muestra estuvo constituida por N= 300 participantes residentes del municipio de Andes de área rural 19% (57 personas) y urbana 80%(240), de los cuales el 54,7% (164) son de *sexo* masculino y el 45,3% (136) son de sexo femenino. En cuanto a las *edades* de la muestra la media fue de 31,96 años, con una desviación estándar de 11,05 la moda fue de 21 años, y la amplitud fue de 20 a 59 años.

Estas personas *laboran* en diferentes empresas del municipio de Andes ubicándose la mayoría el 70.3% (221) en cargos operativos (Ver tabla 3), respecto a la *estratificación socioeconómica*, más de la mitad de la población se encuentra en un estrato de segundo nivel con un 62.3% (187) Ver tabla 4.

Tabla 3

Tipo de cargo

Tipo de cargo		
	Frecuencia	Porcentaje %
Analista	6	2,0
Directivos	5	1,7
Liderazgo	37	12,3
Operativos	211	70,3
Tácticos	41	13,7
Total	300	100,0

Tabla 4

Estrato socioeconómico

Estrato			
		Frecuencia	%
Válido	1	63	21,0
	2	187	62,3
	3	39	13,0
	4	4	1,3
	5	1	,3
	Total	294	98,0
Perdidos	Sistema	6	2,0
Total		300	100,0

Los participantes **Nacieron** en diferentes municipios de departamentos como Antioquia, Boyacá, Risaralda, Cundinamarca, Caldas, Valle del Cauca, Meta, Santander, Huila y Nariño, pero en su mayoría nacieron en el municipio de Andes en un 61,3% (184) y son pertenecientes al departamento de Antioquia. **Conviven** en su mayoría con padres y hermanos en un 29% (87)

Ver tabla 5.

Tabla 5

Convivencia

Convivencia			
	Frecuencia	Porcentaje	
Válido	Padres y hermanos	87	29,0
	Otros familiares y allegados	34	11,3
	Solo con el padre o solo con la madre (puede incluir hermanos)	26	8,7

Vive con pareja	46	15,3
Vive solo	26	8,7
Comparte vivienda o residencia con allegados o desconocidos	3	1,0
Con hijos	13	4,3
Varias de las anteriores	59	19,7
Otro	6	2,0
Total	300	100,0

En cuanto al *número de personas que conforma su hogar* oscilan entre una y doce personas, conviviendo en su mayoría con 3 personas que equivalen al 27,7% (83) de la muestra y teniendo como **ocupación** ser empleados en un 48% (144). Los participantes tienen en su mayoría un *estado civil* soltero con un 51.7% (155) y son de diferentes *niveles educativos*, a nivel profesional pertenece el mayor porcentaje de la muestra un 29% (87) Ver tabla 6.

Tabla 6

*Educación*

Educación		Frecuencia	Porcentaje
Válido	Básica primaria	24	8,0
	Básica secundaria	10	3,3
	Bachiller	74	24,7
	Técnico	47	15,7
	Tecnólogo	39	13,0
	Profesional	87	29,0
	Posgrado	17	5,7
	Total	298	99,3
Perdidos	Sistema	2	,7
Total		300	100,0

Respecto a la percepción del *estado de salud*, el 47.3% (142) la consideran como buena, también se indagó por la asistencia o no a una *consulta médica* en el último mes, a lo que el 27% (81) respondieron que habían asistido a consulta médica en lo transcurrido del último mes y a *consulta psicológica* asistió el 5% (15).

Igualmente se indagó por los *antecedentes de diagnóstico psicológico o psiquiátrico en la infancia*, donde 4.3% (13) refieren haber presentado algún trastorno mental. Asimismo, por los *antecedentes de diagnóstico psicológico en la adolescencia y/o actualmente*, se obtuvo que el 5.3% (16) presentan antecedentes de trastornos mentales, presentándose con un mayor frecuencia el trastorno depresivo, puesto que cinco personas lo reportaron.

## **7.1.2 Resultados obtenidos en los cuatro instrumentos.**

### **7.1.2.1 Resultados SRQ.**

En los resultados encontrados en el instrumento SRQ se reporta que el 8.67% (26) de las personas requieren de *valoración especializada* puesto que presentan más de doce síntomas. Sin embargo, es importante analizar qué tipo de síntomas se presentan con mayor frecuencia en esta población (Ver gráfico 1).

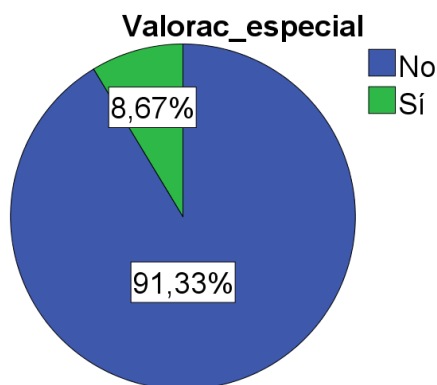


Gráfico 1. Personas que requieren valoración especializada

Respecto a los *Síntomas de disminución de energía* el 44% no reporta síntomas y el 56% reporta entre uno y seis síntomas, en los *Síntomas somáticos* el 47,3% no reporta síntomas y el 52,7% reporta entre uno y cuatro síntomas, en los *síntomas de estado de ánimo depresivo* presentan otros registros, el 56% no reporta síntomas y el 44% reporta entre uno y tres síntomas y por último, *los síntomas de pensamientos depresivos* el 66,7% no reporta síntomas y el 33,3% reporta entre uno y cuatro síntomas. Haciendo un sondeo a nivel general se puede plantear una tendencia a reportar más síntomas de disminución de la energía y en menor cantidad pensamientos depresivos (Ver tabla 7).

Tabla 7.

*Resultados del instrumento SRQ por síntomas.*

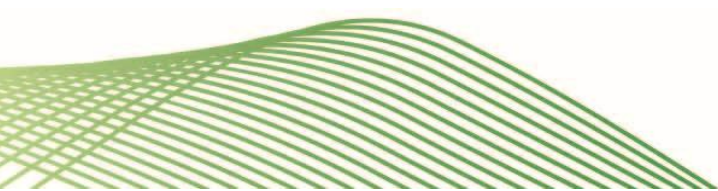
		FI_Dis.Ener.		FII_Sint.Som		FIII_Est.dep		FIV_Psto.dep	
		F	%	F	%	F	%	F	%
Cantidad	0	132	44,0	142	47,3	168	56,0	200	66,7
	1	63	21,0	70	23,3	71	23,7	66	22,0

	2	48	16,0	49	16,3	43	14,3	24	8,0
	3	20	6,7	32	10,7	18	6,0	4	1,3
	4	23	7,7	7	2,3			6	2,0
	5	11	3,7						
	6	3	1,0						
	Total	300	100	300	100	300	100	300	100

F: Frecuencia, %: Porcentaje



*Tamizaje de salud mental en el municipio de  
Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez*



### 7.1.2.2 Resultados CMP+.

En la Escala de Salud Mental Positiva se evidenció que la mayoría de los participantes obtuvieron puntajes altos en variables como **Satisfacción personal** 85% (255) y **Actitud prosocial** 81% (243), también que más de la mitad de la población obtuvo puntaje alto en variables como **Autonomía** 64,7% (194), **Resolución de problemas** 71,7% (215) y **Habilidades de relación interpersonal** 53% (159), y solo el 48,3% de la muestra obtuvo puntaje alto en **Autocontrol**. Presentándose mayores porcentajes de puntajes bajos en **Autocontrol** con 7% (21), **Autonomía** con 4,7% (14) y en **Habilidades de relación interpersonal** con 3,7% (11).

En cuanto a la **Satisfacción personal** se registró un puntaje alto del 85% (255), en puntaje medio 14% (42) y 1% (3) en puntaje bajo. **Actitud Prosocial** presenta un 81% (243) en puntaje alto, 44.7% en puntaje medio y 7% (21) puntaje bajo. Frente al **Autocontrol** en puntaje alto se registró el 48.3% (145), en puntaje medio 44.7% (134) y 7% (21) en puntaje bajo. En **Autonomía** el 64.7% (194) registraron puntajes altos, el 30.7% (92) puntaje medio y registraron 4.7% (14) un puntaje bajo. En cuanto a **Resolución de problemas** se obtuvieron los siguientes registros, el 71.7% (215) de la población obtuvieron un valor alto, registro un valor medio el 25.7% (77) y el 2.7% (8) un valor bajo. Finalmente, en la variable **Habilidades de relación interpersonal** el 53% (159) registraron valores altos, el 43.3% (130) un valor medio y en un valor bajo el 3.7% (11) (Ver tabla 8).

Tabla 8

*Resultados del CMP+ por variable.*

*Tamizaje de salud mental en el municipio de  
Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez*

Satisfacción personal			Actitud prosocial		Autocontrol		Autonomía		Resolución de problemas		Habilidades de relación interpersonal	
	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%	F	%
Alto	255	85,0	243	81,0	145	48,3	194	64,7	215	71,7	159	53,0
Medio	42	14,0	56	18,7	134	44,7	92	30,7	77	25,7	130	43,3
Bajo	3	1,0	1	0,3	21	7,0	14	4,7	8	2,7	11	3,7
Total	300	100	300	100	300	100	300	100	300	100	300	100

F: Frecuencia, %: Porcentaje

### 7.1.2.3 Resultados AUDIT

En el instrumento AUDIT, que mide el consumo de alcohol se encontraron los siguientes resultados, el 70.67% (212) de la población registra *Consumo sin riesgo*, el 22.67% (68) registra *Consumo con riesgo*, el 4.67% (14) reportó *Consumo dependiente* y el 2% (2) registran un *Consumo perjudicial*.

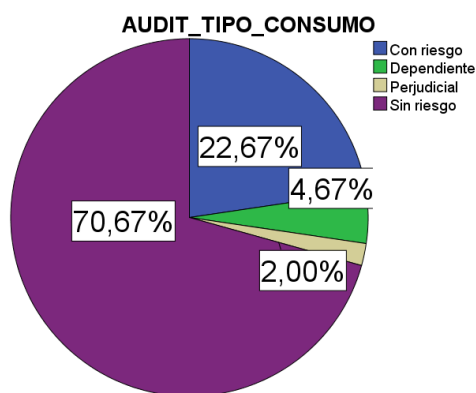


Gráfico 2. Resultados AUDIT

### 7.1.2.4 Resultados DAST

Tamizaje de salud mental en el municipio de Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez



En los resultados encontrados en el instrumento DAST se reporta que el 74% (222) de la población registró *Sin consumo* de sustancias psicoactivas, el 18.67% (56) reportan *Algún consumo* y el 7.33% (22) *Reporta consumo*. En compañía con el cuestionario se indagó por la sustancia que consumían, de 78 personas (26%) que reportaron algún consumo solo 21 personas reportaron que sustancia consumían, siendo la sustancia más consumida la Marihuana con el reporte de 19 personas.

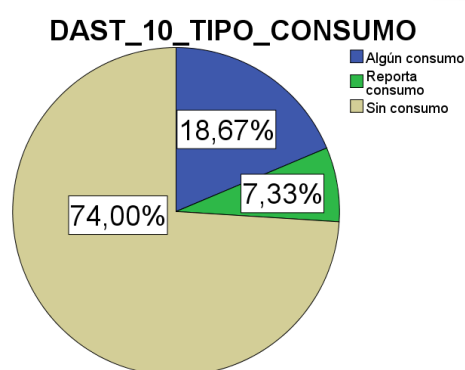


Gráfico 3. Resultados DAST

## 7.2 Análisis descriptivos comparativos

Se realizaron análisis comparativos entre los resultados finales de los instrumentos como lo es la Valoración especial del SRQ, el valor obtenido en cada factor del CMP, el tipo de consumo de alcohol según el AUDIT y el tipo de consumo de sustancias según el DAST. También se realizaron entre los anteriores resultados finales y las variables sociodemográficas, a continuación se expondrán los resultados más significativos teniendo en cuenta la prueba Chi-cuadrado.

Se encontró asociación entre la *valoración especial* y el tipo de consumo de sustancias, puesto que no requerir valoración especial está relacionado con *no reportar consumo de*

*sustancias*. También existe asociación entre la *valoración especial y el autocontrol*, de forma que obtener un puntaje alto en *autocontrol* está relacionado con no requerir *valoración especial*. Igualmente existe asociación entre la *valoración especial* y la *autonomía*, puesto que obtener un puntaje alto en *autonomía* está asociado con no requerir *valoración especial*. Esta variable también está asociada con la *resolución de problemas*, teniendo en cuenta que obtener un puntaje alto en *resolución de problemas* está relacionado con no requerir *valoración especial*. Asimismo está asociada con las *habilidades de relación interpersonal*, puesto que no requerir *valoración especial* está relacionado con un puntaje alto en *habilidades de relación interpersonal*.

Por otro lado a partir de los análisis realizados se observó una asociación entre *no reportar consumo de sustancias* y el *autocontrol*, así obtener un puntaje alto en *autocontrol* se relaciona con *no consumir sustancias*.

Lo anterior se refiere a la asociación entre pruebas, ahora se ahondará en la asociación entre instrumentos y variables sociodemográficas. Se halló asociación entre el *sexo* y la *valoración especial*, de forma que ser del *sexo* masculino está relacionado con no requerir *valoración especial*. También se halló asociación entre el *sexo* y el *autocontrol*, puesto que el ser del *sexo* masculino está relacionado con altos puntajes en *autocontrol*.

Finalmente se puede decir que los instrumentos entre los cuales se halló mayor cantidad de asociaciones, fue entre el SRQ y el CMP, además estos dos instrumentos también estuvieron asociados con algunas variables sociodemográficas e instrumentos como el AUDIT y el DAST no reportaron casi asociaciones.

### 7.3 Análisis de confiabilidad y factorial de los instrumentos

El análisis de confiabilidad que arrojaron los instrumentos utilizados en la investigación, fueron los siguientes: el Cuestionario de Síntomas de Trastornos Mentales (SRQ) arrojó un Alpha de Cronbach del 0.859 siendo una confiabilidad buena, en el Cuestionario de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999) una fiabilidad del 0.908 siendo una confiabilidad excelente, el Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) un Alpha Cronbach de 0,770 siendo una confiabilidad aceptable y el Cuestionario de uso de drogas (DAST) con un 0.790 siendo una confiabilidad aceptable, único cuestionario en que se presentó que si se elimina el ítem 3 (*¿Cuándo quiere puede parar de consumir drogas?*) aumenta considerablemente su confiabilidad subiendo una décima. Teniendo en cuenta lo anterior se puede decir que los cuatro cuestionarios tienen una confiabilidad adecuada sin necesidad de eliminar sus ítems.

Antes de realizar el análisis factorial de los cuatro instrumentos se realizó la prueba de distribución normal, a partir de la cual se puede decir que la escalas tienen una distribución asimétrica en la muestra, además se realizó la prueba de KMO y Bartlett donde se cumplieron los requisitos mínimos para el análisis factorial, luego se hizo una rotación factorial de los instrumentos y se analizó una matriz factorial de cada uno de estos.

En el Cuestionario de síntomas de trastornos mentales se encontró que cinco factores explican el 38% de la varianza total, estos están agrupados por las siguientes preguntas: En el factor uno se encuentran las preguntas 1, 7 y 19 quienes corresponden al factor de *Síntomas Somáticos*; en el factor dos se agruparon las preguntas 12 y 15 estas en el SRQ se encuentran distribuidas en los factores *Disminución energía* y *Pensamientos*

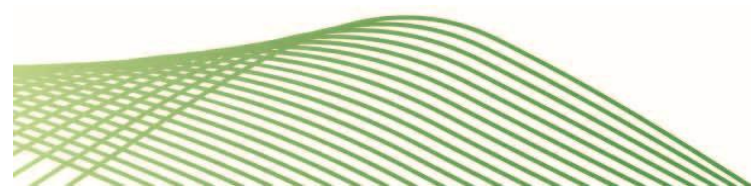
*depresivos*; el factor tres se agrupo con las pregunta 9, 10 y 11 las cuales corresponden al factor *Estado de ánimo depresivo y Disminución de energía*; en el factor cuatro se ubican la pregunta 3, 18 y 20 dos de las cuales se refieren a la *Disminución de la energía*; el factor cinco tiene la pregunta 13, 14 y 16 estas están distribuidas en factores como *disminución de energía y pensamientos depresivos*; y las preguntas 2,3, 4,5, 6, 8 y 17 no se asocian para la muestra en ninguno de los anteriores grupos (Ver tabla 9).

Tabla 9

*Análisis factorial SRQ*

Matriz de factor rotado<sup>a</sup>

	Factor				
	1	2	3	4	5
SRQ_1	,439				
SRQ_2					
SRQ_3				,546	
SRQ_4					
SRQ_5					
SRQ_6					
SRQ_7	,783				
SRQ_8					
SRQ_9			,641		
SRQ_10			,517		
SRQ_11			,413		
SRQ_12		,626			
SRQ_13					,406
SRQ_14					,630
SRQ_15		,426			
SRQ_16					,565
SRQ_17					
SRQ_18				,433	
SRQ_19	,625				
SRQ_20				,459	



En el Cuestionario de Salud Mental Positiva 11 factores explican el 51,3% de la varianza total, estos 11 factores están distribuidos de la siguiente forma: el factor uno se encuentran las preguntas 27, 28, 29, 32 y 36 preguntas correspondientes al factor de **Resolución de problemas y auto-actualización** del análisis factorial original de la escala; en el factor dos las preguntas 5, 21, 22 y 26 preguntas correspondientes factor de **Autocontrol**; el factor tres se encuentra conformado por las preguntas 17, 23 y 37 donde dos de estas corresponden al factor de **Resolución de problemas y auto-actualización** y la otra corresponde al factor de **Actitud Prosocial**; el factor cuatro está conformado por las preguntas 4, 38 y 39 correspondientes al factor de **Satisfacción personal**; respecto al factor cinco las preguntas que se agruparon fueron la 10, 13 y 19 las cuales corresponden al factor de **Autonomía**; en el factor seis las preguntas 11, 15, 16 y 18 estas preguntas aunque se agrupan en un solo factor, en el cuestionario de Salud Mental Positiva estas preguntas se encuentran distribuidas en dos factores como **Habilidades de relación interpersonal** y **Resolución de problemas y auto-actualización**; frente al factor siete las preguntas que allí se agruparon fueron la 7, 9 y 20 quienes corresponden al factor de **Satisfacción personal** y **Habilidades de relación interpersonal**, el factor ocho se encuentra compuesto por las preguntas 3 y 8 que se encuentran ubicadas en el factor de **Actitud Prosocial** y **Habilidades de relación interpersonal**; el factor nueve 12 y 31 quienes concuerdan con el factor de **Satisfacción Personal**; el factor diez solo por la pregunta uno está ubicada en el factor de **Actitud Prosocial**; finalmente el factor once por la pregunta 33 y 34 que coinciden con el factor de **Autonomía**; y las preguntas 2, 6, 14, 24, 25,30 y 35 no se agruparon con otras preguntas (Ver tabla 10).

Tabla 10

*Análisis factorial CMP*

Matriz de factor rotado<sup>a</sup>

	Factor										
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11
CMP_1										,454	
CMP_2											
CMP_3								,979			
CMP_4				,611							
CMP_5		,448		,427							
CMP_6											
CMP_7							,500				
CMP_8							,406	,516			
CMP_9							,634				
CMP_10					,766						
CMP_11						,574					
CMP_12									,619		
CMP_13					,483						
CMP_14											
CMP_15						,428					
CMP_16	,410					,475					
CMP_17			,571								
CMP_18						,508					
CMP_19					,733						
CMP_20							,522				
CMP_21		,626									
CMP_22		,755									
CMP_23			,671								
CMP_24											
CMP_25											
CMP_26	,417	,424									
CMP_27	,552										
CMP_28	,552										
CMP_29	,455										
CMP_30											
CMP_31									,510		

CMP_32	,525										
CMP_33											,507
CMP_34											,508
CMP_35											
CMP_36	,621										
CMP_37			,514								
CMP_38				,663							
CMP_39				,613							

En el instrumento AUDIT se encontró que para la muestra persisten los tres factores establecidos por el instrumento, los cuales explican el 39,2 % de la varianza total, ya que en el factor uno se encuentran agrupadas las preguntas 1, 2 y 3 las cuales corresponden al factor del AUDIT que corresponde al *consumo con riesgo*; en el factor dos se ubicaron las preguntas 6 y 8 estas dos preguntas se encuentran distribuidas en dos factores, ellos son *Síntomas de dependencia* y *consumo perjudicial* y finalmente en el factor tres se encontró la pregunta 7 y 9 estas concuerdan con la distribución que presenta el AUDIT ya que corresponden al factor de *consumo perjudicial*. Con este resultado de rotación realizado las preguntas 4, 5 y 10 no resultaron ubicadas en ninguno de los factores tras el análisis factorial (Ver tabla 11).

Tabla 11

*Análisis factorial AUDIT*

Matriz de factor rotado<sup>a</sup>

	Factor		
	1	2	3
AUDIT_1	,643		
AUDIT_2	,598		
AUDIT_3	,889		

AUDIT_4			
AUDIT_5			
AUDIT_6		,443	
AUDIT_7			,526
AUDIT_8		,664	
AUDIT_9			,431
AUDIT_10			

Por último, en el Cuestionario de uso de drogas (DAST 10) se encuentra que para la muestra este instrumento tendría que estar constituido por dos factores que explican el 46,4% de la varianza explicada, ya que mediante el análisis factorial realizado se evidenció que existía una distribución de las preguntas agrupándose en dos factores que se conformaron de la siguiente forma: el factor uno por la pregunta 1, 2, 6, 8 y 9 y el factor dos por la pregunta 7 y 10. Algunas de las preguntas no se encontraron agrupadas en ninguno de los factores tras la realización de la matriz factorial como lo son las preguntas: 3,4 y 5 (Ver tabla 12).

Tabla 12

*Análisis factorial DAST*

Matriz de factor rotado<sup>a</sup>

	Factor	
	1	2
DAST10_1	,532	
DAST10_2	,669	,413
DAST10_3		
DAST10_4		
DAST10_5		
DAST10_6	,621	,620
DAST10_7		,999



DAST10_8	,626	
DAST10_9	,801	
DAST10_10		,452

Las diferencias entre las agrupaciones de las preguntas para la muestra y los factores de los instrumentos pueden ser debidos a diferente fenómenos, como lo es la cultura, el contexto, uso del lenguaje, interpretación de las preguntas, supuestos o creencias de los participantes y situaciones como la necesidad de validación o actualización de los instrumentos.

Sin embargo, es importante resaltar que aun cuando muchas de las preguntas se agruparon en más factores, estos eran similares, los factores correspondían pero estaban conformados por menor cantidad de preguntas y no son tan divergentes de los factores de los instrumentos con sus validaciones aplicadas.

En cuanto a las preguntas que no se agruparon en las escalas pueden ser debido a que la muestra las interpretó de forma aislada sin referirse a un fenómeno en común. Todo lo anterior se debe entender como posibles relaciones a partir de los resultados encontrados en la muestra, además se debe tener en cuenta que estos resultados hacen referencia solo a un porcentaje que en todos los instrumentos fue menor al 51,3% de la varianza total explicada como se mencionó inicialmente en cada uno de ellos.

#### **7.4 Análisis de la distribución de los datos**

Se aplicó la prueba de normalidad Kolmogorov-Smirnov, la cual determinó que los datos de cada uno de los ítems del Cuestionario de Salud Mental Positiva (Lluch, 1999), del

Cuestionario de Síntomas de Trastornos Mentales (SRQ), Cuestionario de uso de drogas (DAST-10) y del Test de Identificación de Trastornos por consumo de alcohol (AUDIT) no seguían una distribución normal, puesto que obtuvieron en la prueba puntajes inferiores a 0,05.

## **7.5 Análisis correlacionales entre los instrumentos y las características**

### **sociodemográficas**

Se analizó con el coeficiente de correlación de Spearman las correlaciones entre los cuatro instrumentos y las variables sociodemográficas, se consideró la correlación significativa si  $p < 0,05$  y se estimó que la correlación era moderadamente fuerte si era  $> 0,4$ .

Al correlacionar las puntuaciones directas del SRQ y las variables sociodemográficas, se encontró una correlación significativa y con fuerza entre la variable Sexo y el ítem 4 (*¿Se asusta con facilidad?*).

Es decir, a partir de los datos obtenidos, no puede decirse que exista relación entre las características de salud mental positiva, consumo de alcohol, sustancias y síntomas de trastornos mentales de la muestra y las variables sexo, edad, número de personas que conforman su hogar, estrato, área de residencia, el estado civil, convivencia, educación, ocupación, percepción de la salud, asistencia a consulta médica y psicológica en el último mes, antecedentes psiquiátricos o psicológicos en la infancia, adolescencia o actualmente. Puesto que se obtuvieron diferentes correlaciones significativas pero con poca fuerza (inferior a 0.4).

## 7.6 Análisis correlacionales entre los instrumentos

Se analizó la información de los cuatro instrumentos con el coeficiente de Spearman puesto que no se distribuyó de manera normal, además se tomaron las correlaciones con una fuerza de 0.4 o superior a esta y con una significatividad menor a 0.5

Tras esto se halló que algunos ítems del instrumento SRQ presenta correlación con unas variables del Cuestionario de Salud Mental Positiva de la siguiente forma (Ver Tabla 3). Además se debe tener en cuenta que todas las correlaciones entre estos dos instrumentos son negativas, es decir, que son inversamente proporcionales, cuando una variable aumenta, la otra disminuye. También es de resaltar que la mayoría de los ítems del SRQ correlacionaron con el factor de satisfacción personal.

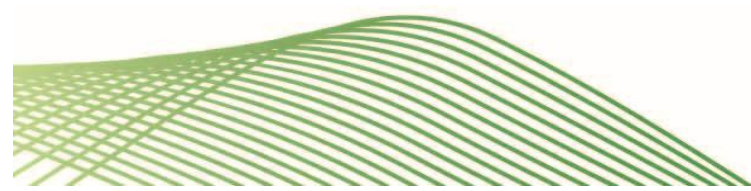
Tabla 13

*Correlación entre pruebas*

Cuestionario	Ítem	Correlaciona con:	
		CMP	
		Ítem	$\rho$
SRQ	6 ¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?	<b><i>Factor: Satisfacción personal</i></b>	-,437**
	9 ¿Se siente triste?	<b><i>Factor: Satisfacción personal</i></b>	-,415**
		<b><i>Resultado Total del Cuestionario de Salud Mental Positiva</i></b>	-,404**

12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?	34. Me resulta difícil expresar mi punto de vista  <i>Factor: Satisfacción personal</i>  <i>Factor: Autonomía</i>  <i>Resultado Total del Cuestionario de Salud Mental Positiva</i>	-,404** -,412** -,402** -,428**
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?	9. Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas.  <i>Factor: Satisfacción personal</i>	-,400** -,416**
20. ¿Se cansa con facilidad?	2. Los problemas me bloquean fácilmente	-,443**
Resultado Total del Cuestionario de síntomas de Trastornos Mentales	2. Los problemas me bloquean fácilmente 6. Me siento a punto de explotar 7. Para mí, la vida es aburrida y monótona 38. Me siento insatisfecha/o conmigo  <i>Factor: Satisfacción personal</i>  <i>Factor: Autonomía</i>  <i>Factor: Autocontrol</i>	-,467** -,432** -,474** -,411** -,531** -,453** -,406** -,519**

		<b>Resultado Total del Cuestionario de Salud Mental Positiva</b>	
Factor: Disminución de energía	2. Los problemas me bloquean fácilmente		-,429**
	7. Para mí, la vida es aburrida y monótona		-,419**
	<b>Factor: Satisfacción personal</b>		-,450**
	<b>Resultado Total del Cuestionario de Salud Mental Positiva</b>		-,436**
Factor: Síntomas Somáticos	<b>Factor: Satisfacción personal</b>		-,423**
Factor: Estado de Animo Depresivo	2. Los problemas me bloquean fácilmente		-,409**
	6. Me siento a punto de explotar		-,402**
	7. Para mí, la vida es aburrida y monótona		-,418**
	<b>Factor: Satisfacción personal</b>		-,485**
	<b>Factor: Autocontrol</b>		-,400**
	<b>Resultado Total del Cuestionario de Salud Mental Positiva</b>		-,473**
Factor: Pensamiento depresivo	7. Para mí, la vida es aburrida y monótona		-,455**

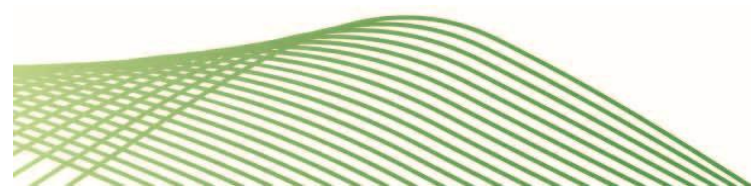
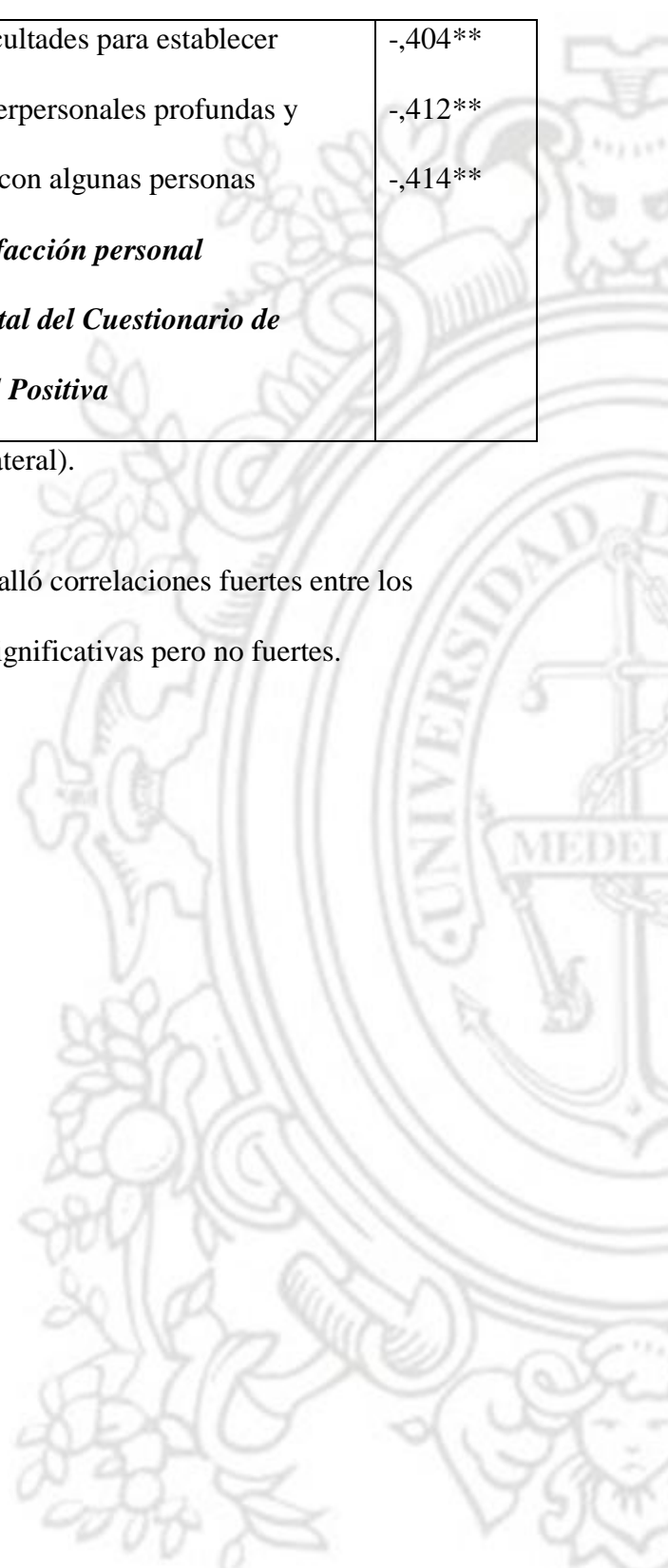


	9. Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas	-,404** -,412** -,414**
	<b><i>Factor: Satisfacción personal</i></b>	
	<b><i>Resultado Total del Cuestionario de Salud Mental Positiva</i></b>	

\*\* . La correlación es significativa en el nivel 0,01 (bilateral).

$\rho$ . Coeficiente de correlación de Spearman.

Como se logra observar en la anterior tabla, no se halló correlaciones fuertes entre los otros instrumentos, puesto que las correlaciones eran significativas pero no fuertes.



## 8. Discusión

En el presente apartado se expondrán las conclusiones centrales y hallazgos específicos en el contexto, se realizará un análisis de la relación entre la presente investigación y los antecedentes, se plantearán algunas limitaciones, implicaciones y recomendaciones en relación con la investigación de un fenómeno como la salud mental para futuras investigaciones.

Tras los datos reportados por la muestra se puede concluir que la mayoría no requiere de valoración especializada, sin embargo, tienden a reportar más algunos síntomas de disminución de energía y síntomas somáticos y en menor cantidad pensamientos depresivos. Respecto a las diferentes habilidades del Cuestionario de Salud mental positiva en general la muestra obtuvo resultados muy altos en todas las variables que mide este instrumento, en especial la variable satisfacción personal no obstante, según lo reportado se debe fortalecer el Autocontrol. En el AUDIT más de la mitad de la muestra registra un consumo de alcohol sin riesgo y en el AUDIT la mayoría no reporta consumo de sustancias.

La presente investigación indagó por síntomas de trastornos mentales de forma que no se pueden establecer relaciones directas entre sus resultado y los datos que presenta el Ministerio de la Protección Social, 2005<sup>a</sup>; Organización Panamericana de Salud, 2009; Ministerio de la Protección Social, 2007, p.25; Gobernación de Antioquia, 2011; Alcaldía de Andes, 2018; y Kohn et al., 2005 quienes indagaron propiamente por trastornos mentales. Sin embargo la muestra tiende a reportar algunos síntomas de disminución de la energía y síntomas somáticos, también fue poca la población que asistió en el último mes a

servicios de salud de medicina o psicología y 36 personas de la muestra 12% (300 personas) han tenido la idea de acabar con su vida.

El SRQ presento adecuadas propiedades psicométricas en la presente investigación estando en concordancia con investigaciones como las de: Gobernación de Antioquia, 2011; Beusenber & Orley, 1994. Donde reportan resultados similares, los cuales permiten garantizar la validez y confiabilidad de los resultados.

La escala de salud mental positiva obtuvo adecuadas propiedades psicométricas lo cual concuerda con estudios como los de González, 2012; Martin, et al., 2014; y Medina, et al., 2012 quienes validaron y aplicaron la escala en diferentes contextos permitiendo conocer qué habilidades se debían fortalecer en la población en pro de la prevención y promoción de la salud mental.

Los resultado hallados están en concordancia con investigaciones como las de Jahoda, 1958; Llunch, 1999; Serna, 2016 quienes constituyen los pocos antecedentes en relación a la salud mental positiva. Estos hallazgos permiten apreciar las habilidades o capacidades con que cuenta la población andina, principalmente la satisfacción personal siendo esta una variable de promoción y las dificultades en autocontrol suponen una intervención de tipo preventiva. De forma que a partir de estos hallazgos y fortalecimiento de estas habilidades se pueden convertir en un factor protector a nivel personal para la salud mental de la población andina..

También en el Cuestionario de síntomas de trastorno mentales, AUDIT y DAST se obtuvieron adecuadas propiedades psicométricas como lo plantean diversos autores:

*Tamizaje de salud mental en el municipio de  
Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez*



Donoso, 2015; Gutiérrez & Cote, 2010; Torres, et al., 2015; Ospina, et al., 2012; Gobernación de Antioquia, 2011; y Gobernación de Antioquia, 2011.

Así como en la presente investigación también se pudo reafirmar lo que en anteriores investigaciones como la de Gutiérrez & Cote (2010) y Torres, et al., (2015) venían demostrando, donde se observa que un buen porcentaje de las personas presentan algún consumo de alcohol aunque este no sea de carácter perjudicial.

Los resultados en cuanto a consumo de sustancias de la presente investigación están en concordancia con los resultados de los estudios a nivel mundial, nacional y departamental quienes plantean que el consumo de drogas se ha incrementado y al ser la marihuana la sustancia ilícita más consumida, puesto que en el presente estudio se halló que 5 de cada 20 personas han consumido alguna vez una sustancia, siendo la marihuana aquella sustancia que más reportaban. (UNODC, 2016; Gobierno Nacional de la República de Colombia, 2013; Gobernación de Antioquia, 2014).

En la realización de la investigación se presentaron algunas limitaciones, que en su mayoría fueron de índole metodológica como el acceso a la población, creencias de los participantes, usar instrumentos de reporte y acceso a la población indígena. Esta información está en concordancia con lo que plantea la Organización Panamericana de Salud (2009) al decir que en América Latina y el Caribe la investigación en el campo de la salud mental ha tenido muchas limitaciones.

El acceso a la población se dificultó ya que se implementó como estrategia para la recolección de datos la solicitud del acceso a la población en diversas instituciones y

empresas, debido a que este método se observó más viable para alcanzar la muestra que se estableció inicialmente. También se presentó que se debió reducir la muestra a expensas del margen de error y el nivel de confianza modificándolo en algunas décimas, puesto que se contaba con escasos recursos temporales y profesionales para la realización de esta investigación optando por reducir el tamaño de esta pasando de 379 personas a 300.

Además al realizar la aplicación de los cuestionarios dentro de centros laborales se pudo a ver presentado el fenómeno de aquiescencia puesto que los participantes podrían haber intentado dar una buena imagen, teniendo en cuenta que formulaban inquietudes en cuanto a la divulgación de los resultados. Por lo anterior puede presentarse que las respuestas que brinden puedan no ajustarse con la realidad y disminuya su confiabilidad.

Igualmente se pretendía incluir dentro de la muestra participantes pertenecientes a los grupos indígenas del municipio, de forma que se realizó la visita y familiarización con el resguardo pero tras la realización del pilotaje se observó que por sus condiciones culturales existía una dificultad en la comprensión de términos del cuestionario de salud mental positiva principalmente. De forma que para una adecuada aplicación del mismo se requería de una adaptación de los instrumentos a su lenguaje para mejorar la comprensión de los términos establecidos en los instrumentos.

Así mismo, es necesario implementar una metodología que permita disminuir la aquiescencia permitiendo así que los resultados que se encuentren presenten una mayor confiabilidad, además del aumento de investigaciones y marco teórico en el campo de la salud mental positiva puesto que se carecen de insumos o estudios previos con los cuales

relacionar los resultados de la presente investigación, lo cual podría incentivar la creación de instrumentos que permitan conocer las variables que este campo estudia.

También es necesario reconocer que todos los instrumentos aplicados son de autoreporte por lo que toda la información está sujeta a la imagen que los participantes querían mostrar, puesto que los instrumentos no miden como tal la capacidad o habilidad que dicen tener en variables como el consumo o la resolución de problemas. Sin embargo, se debe considerar que los síntomas de trastornos mentales son una variable que exige propiamente ser reportada, a diferencia del consumo de alcohol y de sustancias y algunos de los factores de salud mental positiva que son variables conductuales.

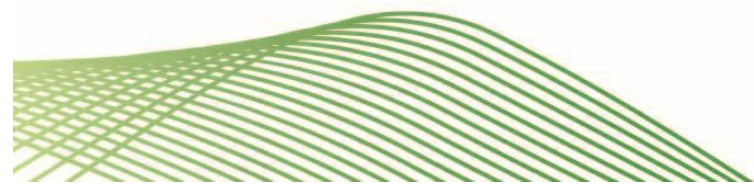
Es importante que para futuras investigaciones se tenga en cuenta qué tipo de población se va a tomar ya que como se mencionó anteriormente, quizá se presentó el fenómeno de aquiescencia debido que a la muestra se le aplicó el cuestionario en su entorno laboral, lo que pudo haber generado que sus respuestas no fuesen totalmente válidas, además es importante la inclusión de la población indígena debido a que estos igualmente forman parte de la población andina y es importante conocer como estas variables se están presentando allí, pero cabe aclarar que para lograr realizar esto se deben adaptar los instrumentos que serán utilizados en la investigación para que estos sean de una mejor comprensión para ellos.

En general no se reportaron criterios significativos asociados con alteraciones en la salud mental, sin embargo estos resultados se deben analizar de acuerdo a las limitaciones y consideraciones antes mencionadas. También es necesario reconocer las recomendaciones

en cuanto a metodología en relación con la aquiescencia y la inclusión de muestra indígena. No obstante los resultados se hallaron por medio de instrumentos con adecuadas propiedades psicométricas y se intentaron disminuir la mayor cantidad de limitaciones posibles. Además de que este estudio permitió conocer las capacidades o habilidades de la población andina que pueden servir de materia de promoción y prevención.



*Tamizaje de salud mental en el municipio de  
Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez*



## 9. Conclusiones

Se contó con una muestra de 300 personas con diversas características sociodemográficas, donde se presentó que gran parte de la población vive en zona urbana, es predominante el sexo masculino, respecto a la edad prevaleció población joven, frente a la ocupación la mayoría de esta muestra labora en cargos operativos, el estrato socioeconómico más recurrente es el nivel dos, aunque muchos participantes de la investigación eran oriundos de diversos municipios que conforman al departamento de Antioquia, en su mayoría nacieron en Andes, en cuanto a las personas con quienes conviven se registró que prevalece la convivencia con padres y hermanos, los hogares se encuentran conformados en su mayoría por tres personas, la muestra reporta que en su mayoría son empleados y tienen un nivel académico profesional.

La población tiene una adecuada percepción de su salud y se evidencia que un porcentaje muy bajo de la población asistió últimamente tanto a consulta médica como psicológica. Finalmente, respecto a los antecedentes de trastornos mentales no se registra una significatividad de estos en la muestra.

Por otra parte, en los datos reportados por la muestra se puede concluir que la mayor parte de esta no requiere de valoración especializada, sin embargo, tienden a reportar algunos síntomas de disminución de energía, síntomas somáticos y en menor cantidad pensamientos depresivos. Respecto a las diferentes habilidades del Cuestionario de Salud mental Positiva en general la muestra obtuvo resultados muy altos en todas las variables que mide este instrumento, no obstante, según lo reportado se debe fortalecer el

Autocontrol. En el AUDIT más de la mitad de la muestra registra un consumo de alcohol sin riesgo y en el DAST no reportan consumo de sustancias.

Igualmente, solo se presentan dos asociaciones entre la variable sociodemográfica (sexo Masculino) y la valoración especial por el SRQ, así mismo con el factor Autocontrol del Cuestionario de Salud Mental Positiva; en cuanto a las otras variables no se presentaron más asociaciones significativas. Frente a las asociaciones existentes entre los instrumentos sólo existe una fuerte asociación y correlación entre el instrumento SRQ y el Cuestionario de Salud Mental Positiva.

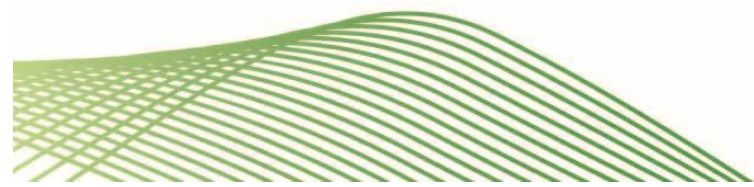
Con lo anterior es posible resaltar la importancia que tiene valorar la salud mental desde ambas perspectivas, es decir, desde la perspectiva negativa como la positiva, ya que una es el complemento de la otra al momento de recurrir a posibles diagnósticos. Como se evidencia anteriormente no solo se debe tener en consideración los síntomas o signos que develen un diagnóstico en específico, pues la salud mental también consiste en habilidades que como ser humano se posee y contribuyen a un buen funcionamiento no solo a nivel físico si no mental, debido a que la salud mental es una integración de diversos factores que permiten el buen desarrollo del individuo en diversas esferas de la vida.

Así pues, esta investigación es insumo para futuras investigaciones que deseen consolidar ambas perspectivas a la hora de realizar un estudio en poblaciones diversas, conllevando así a la valoración adecuada de salud mental, lo que permitiría la identificación de las falencias o habilidades que puedan existir en esta población a lo que de salud mental se refiere. Igualmente, la identificación temprana de los posibles riesgos que presenta una

población, es decir, los síntomas y signos, además de las habilidades o capacidades que conforman la salud mental positiva de esta población, permitirán la posibilidad de crear programas de promoción y prevención con el fin de abordar estas y contribuir a la disminución de los departamental, nacional y mundial.



*Tamizaje de salud mental en el municipio de  
Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez*



## 10. Bibliografía

- Alcaldía de Andes. (2016). Información del municipio. Recuperado de <http://www.andes-antioquia.gov.co/Paginas/default.aspx>
- Alcaldía de Andes. (2018). Información del municipio. Recuperado de <http://www.andes-antioquia.gov.co/Paginas/default.aspx>
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA). (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Quinta edición (DSM-V). Editorial médica panamericana: España y Latinoamérica.
- Babor, T., Biddle, J., Saunders, J., y Monteiro, M. (2001). Cuestionario de Identificación de Trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT): Pautas para su utilización en atención primaria. Organización Mundial de la Salud.
- Barradas, M., Sánchez, J., Guzmán, M., y Balderrama, J. (2007). Factores de salud mental positiva en estudiantes de psicología universidad veracruzana. *Revista Iberoamericana para la Investigación y el Desarrollo Educativo*, 1(2), 123-135.
- Beusenbergh, M., & Orley, J. (1994). Users Guide to the Self Reporting Questionnaire (SRQ). World Health Organisation, Geneva Who/MNH/PSF/1994; 94.8.
- Caraveo, J., y Anduaga. (2007). Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: algoritmos para síndromes y su prevalencia en la ciudad de México. Segunda parte. *Salud Mental*, 30 (1), 48-55.



Christopher, J., y Alan, D. (1996). The global burden disease. The harvard school of public health on behalf of, the world health organization and the world bank: Estados Unidos.

Corona, R., Berlanga., Gutiérrez, D., y Fresán, A. (2007). La detección de casos de trastorno bipolar por medio de un instrumento de tamizaje: el cuestionario de trastornos del ánimo versión en español. *Salud Mental*, (30), 50-57.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). [En línea]  
<http://www.dane.gov.co/index.php/poblacion-y-demografia/proyecciones-de-poblacion>.

De Santacruz, C., Torres, N., Gómez, C., Matallanady, D., y Borda, J. (2016). La construcción de un componente de salud mental para la encuesta nacional. ENSM-2015, Colombia. *Rev Colomb Psiquiat*. <http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.001>

Donoso, M. (2015). Análisis de Resultados del Alcohol Use Disorders Identification Test (AUDIT) Resultados Escala Noveno Estudio Nacional de Drogas en Población General de Chile.

Gallo, C., Fiestas, F., Poletti, G., y Alarcón, D. (2009). Investigación en salud mental en América Latina y el Caribe: Identificando mecanismos para el fortalecimiento de capacidades. *Rev Neuropsiquiatr*, 72 (1-4).

Gobernación de Antioquia. (2011) Resultados del tamizaje de salud mental: departamento de Antioquia 2009-2010. Recuperado de

<https://www.dssa.gov.co/index.php/descargas/881-tamizaje-salud-mental-1/file>

Gobernación de Antioquia. (2014). Plan departamental para la reducción de oferta y demanda de drogas 2014-2016. Recuperado de:

<http://www.odc.gov.co/Portals/1/politica-regional/Docs/plan-departamental-drogas-antioquia.pdf>

Gobierno Nacional de la República de Colombia. (2013). Estudio Nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia 2013.

Gómez, C., Santacruz, C., Rodríguez, M., Rodríguez, V., Martínez, N., Matallana, D. y

González, M. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015.

Protocolo del estudio. *Revista colombiana de psiquiatría*, 45 (S1), 2-8.

González, Luis. (2012). *Salud mental y salud mental positiva en estudiantes universitarios de la escuela de ciencias políticas*. Madrid, España: Alianza Editorial, S.A.

Gutiérrez, D., y Cote, M. (2010). Evaluación del uso de alcohol, sustancias psicoactivas y tabaco en el personal Aeronáutico de la Base Aérea de Guaymaral, Policía Nacional de Colombia 2010. *Revista logo y Ciencia*, 2(2), 38- 49.

Hernández, S. (2014). *Metodología de la investigación* (sexta edición). México, Santa fe:

McGRAW-HILL / INTERAMERICANA EDITORES, S.A. DE C.V.

Jahoda, M. (1958). Current concepts of positive mental health. New York: University of Florida libraries.

Kohn, R., Levav, I., Caldas de Almeida JM, Vicente, B., Andrade, L., Caraveo-Anduaga JJ, Saxena, S., y Saraceno, B. (2005). Los trastornos mentales en América Latina y el Caribe: asunto prioritario para la salud pública. *Rev Panam Salud Publica* 18(4/5):229–40.

Lluch, M. (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. (Doctorado). Universidad de Barcelona, España.

Martínez, R., Pando M., León, S., Gonzáles, R., Aldrete, M. y López, L. (2014). Validez y confiabilidad de la escala de salud mental positiva.  
<http://doi.org/10.17081/psico.18.33.57>

Medina, H. (2014). El concepto de salud.  
<http://es.calameo.com/read/0025627999799a94dafef>

Medina, O., Irija., Martínez, G., y Cardona, D. (2012). Características de salud mental positiva en estudiantes de una universidad privada de la ciudad de Armenia-Quindío. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, Vol. 36 Pp. 247 – 261.

Mejía; J. (2016). Plan territorial de salud “inclusión 2016-2019”

Ministerio de Salud y Protección Social.

<https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>

Ministerio de la Protección Social. (2005a). Estudio nacional de salud de salud mental, Colombia 2003. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/ESTUDIO%20NACIONAL%20DE%20SALUD%20MENTAL%20EN%20COLOMBIA.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2005b). Lineamientos de política de salud mental para Colombia. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf>

Ministerio de la Protección Social. (2007). Política Nacional del Campo de La Salud Mental. Recuperado de <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Campo-de-la-Salud-Mental-versi%C3%B3n-final-2.pdf>

Navarro, G. (2008). *Características de salud mental positiva en estudiantes universitarios*. Trabajo de grado de maestría, Universidad libre, Barranquilla, Colombia.

Organización Panamericana de Salud. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/166275/1/9789275316320.pdf>

Organización Mundial de la Salud OMS. (2013). Recuperado de: [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)

Organización Mundial de la Salud (OMS). (2017). Recuperado de:

<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs398/es/>.

Ospina, J., Manrique, F., y Ariza, N. (2012). Confiabilidad y dimensionalidad del Cuestionario para Identificación de Trastornos Debidos al Consumo de Alcohol (AUDIT) en estudiantes universitarios de Tunja (Colombia). *Salud Uninorte*.28 (2): 276-28.

Serna, J. (2016). Salud mental positiva en estudiantes de psicología.(Pregrado). Universidad de Antioquia, Medellin, Colombia.

The International Consortium in Psychiatric Epidemiology (ICPE). (2000).Cross-national comparisons of the prevalences and correlates of mental disorders.*Bulletin of the World Health Organization*, 78 (4)

Torres, J., Vallejo, J., y Villada, J. (2015). Consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en estudiantes de la seccional oriente de la Universidad de Antioquia. *Revista de Psicología Universidad de Antioquia*, 7(1), 97-108.

UNODC. (2012). Informe Mundial sobre las Drogas 2012.

## Anexos

### Anexo 1

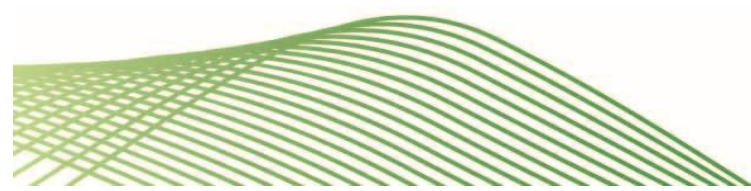
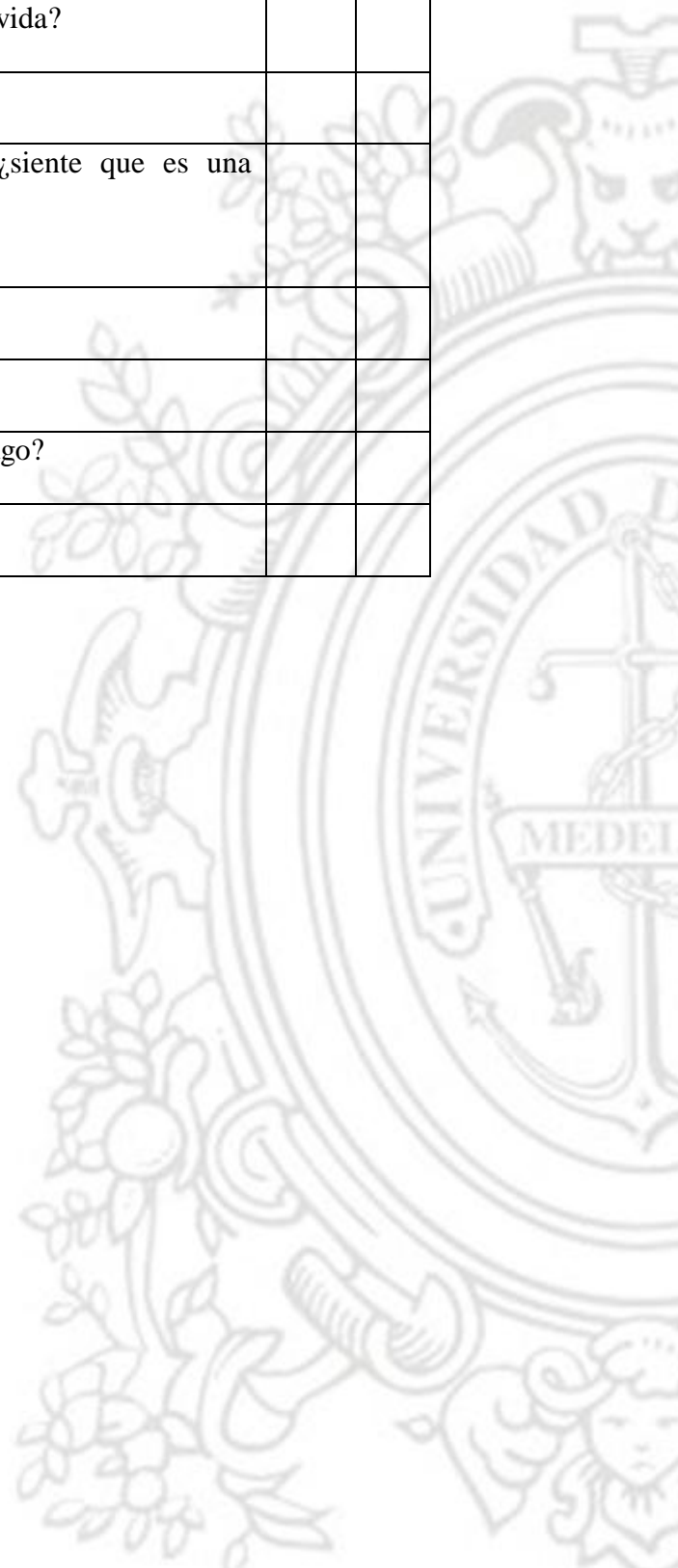
#### CUESTIONARIO DE AUTORREPORTE DE SÍNTOMAS

#### SRQ – Self Reporting Questionnaire

Organización mundial de la salud 1982

SÍNTOMAS	SI	NO
1. ¿Tiene dolores de cabeza frecuentes?		
2. ¿Tiene mal apetito?		
3. ¿Duerme mal?		
4. ¿Se asusta con facilidad?		
5. ¿Sufre de temblor de manos?		
6. ¿Se siente nervioso, tenso o preocupado?		
7. ¿Sufre de mala digestión?		
8. ¿No puede pensar con claridad?		
9. ¿Se siente triste?		
10. ¿Llora usted más de lo que solía hacerlo? (¿Llora usted más de lo usual?)		
11. ¿Tiene dificultad en disfrutar de sus actividades diarias?		
12. ¿Tiene dificultad para tomar decisiones?		
13. ¿Tiene dificultad para hacer su trabajo? (¿sufre usted con su trabajo?)		

14. ¿Es incapaz de desempeñar un papel útil en su vida?		
15. ¿Ha perdido interés en las cosas?		
16. ¿Siente que usted es una persona inútil? (¿siente que es una persona sin valor?)		
17. ¿Ha tenido la idea de acabar con su vida?		
18. ¿Se siente cansado todo el tiempo?		
19. ¿Tiene sensaciones desagradables en su estómago?		
20. ¿Se cansa con facilidad?		



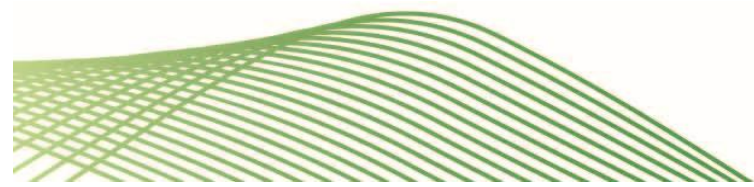
## Anexo 2

### ESCALA DE SALUD MENTAL POSITIVA- LLUCH (1999)

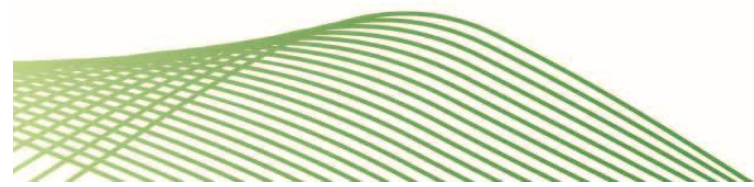
	<b>Siempre o casi siempre</b>	<b>Con bastante frecuenci a</b>	<b>Alguna s veces</b>	<b>Nunca o casi nunca</b>
1- A mí me resulta especialmente difícil aceptar a los otros cuando tienen actitudes distintas a las mías.				
2- Los problemas me bloquean fácilmente.				
3- A mí me resulta especialmente difícil escuchar a las personas que me cuentan sus problemas.				
4- Me gusto como soy.				
5- Soy capaz de controlarme cuando experimentó emociones negativas.				
6- Me siento a punto de explotar.				



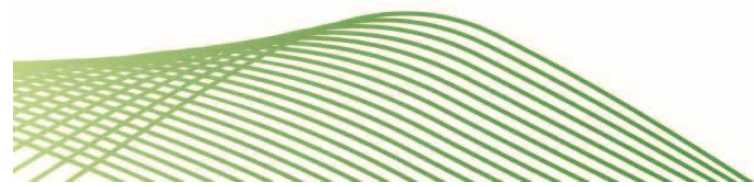
7- Para mí, la vida es aburrida y monótona.				
8- A mí me resulta especialmente difícil dar apoyo emocional.				
9-Tengo dificultades para establecer relaciones interpersonales profundas y satisfactorias con algunas personas.				
10- Me preocupa mucho lo que los demás piensan de mí.				
11- Creo que tengo mucha capacidad para ponerme en el lugar de los demás y comprender sus respuestas.				
12-Veo mi futuro con pesimismo.				
13- Las opiniones de los demás me influyen mucho a la hora de tomar mis decisiones.				
14-Me considero una persona menos importante que el resto de personas que me rodean.				
15- Soy capaz de tomar decisiones por mí misma/o.				



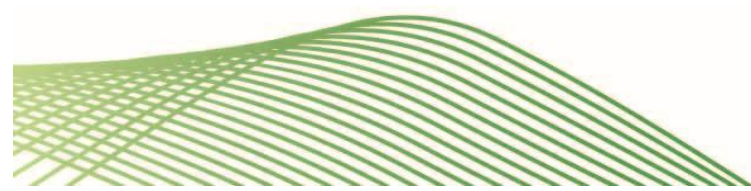
16-Intento sacar los aspectos positivos de las cosas malas que me suceden.				
17-Intento mejorar como persona.				
18-Me considero "un/a buen/a psicólogo/a".				
19-Me preocupa que la gente me critique.				
20-Creo que soy una persona sociable.				
21-Soy capaz de controlarme cuando tengo pensamientos negativos.				
22-Soy capaz de mantener un buen nivel de autocontrol en las situaciones conflictivas de mi vida.				
23-Pienso que soy una persona digna de confianza.				
24- A mí me resulta especialmente difícil entender los sentimientos de los demás.				
25-Pienso en las necesidades de los demás.				
26- Si tengo presiones exteriores desfavorables soy capaz de continuar				



manteniendo mi estabilidad personal.				
27- Cuando hay cambios en mi entorno intento adaptarme.				
28- Cuando tengo un problema soy capaz de buscar información.				
29- Los cambios que ocurren en mi rutina habitual me motivan.				
30-Tengo dificultades para relacionarme abiertamente con mis profesores/jefes.				
31-Creo que soy un/a inútil y no sirvo para nada.				
32-Trato de desarrollar y potenciar mis buenas aptitudes.				
33-Me resulta difícil expresar mi punto de vista.				
34- Cuando tengo que tomar decisiones importantes me siento muy insegura/o.				
35-Soy capaz de decir no cuando quiero				



decir no.				
36- Cuando se me plantea un problema intento buscar posibles soluciones.				
37- Me gusta ayudar a los demás.				
38- Me siento insatisfecha/o conmigo misma/o.				
39- Me siento insatisfecha/o de mi aspecto físico.				



### Anexo 3

## TEST DE IDENTIFICACIÓN DE TRASTORNOS POR CONSUMO DE ALCOHOL (AUDIT)

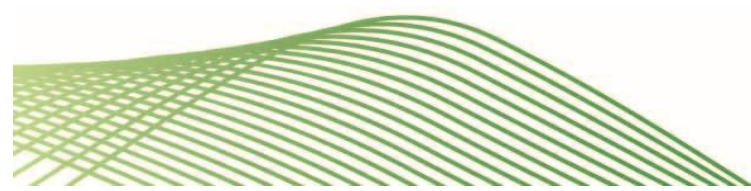
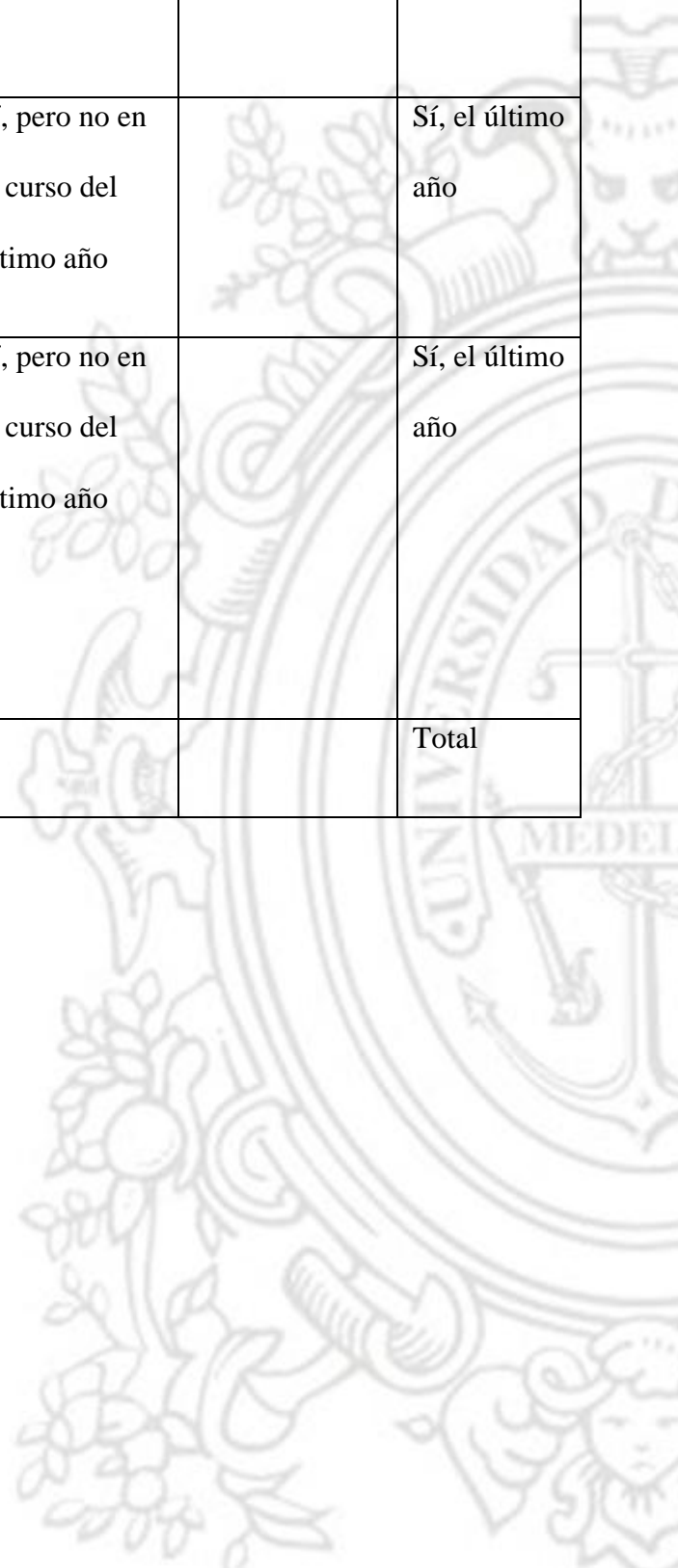
Babor, T., Biddle, J., Saunders, J. y Monteiro, M. (2001).

1. ¿Con qué frecuencia consume alguna bebida alcohólica?	Nunca	Una o menos veces al mes	De 2 a 4 veces al mes	De 2 a 3 veces a la semana	4 o más veces a la semana
2. ¿Cuántos <i>tragos</i> de bebidas alcohólicas suele realizar en un día de consumo normal?  Teniendo en cuenta que <i>un trago</i> equivale a media copa de vidrio o una copa de plástico de aguardiente o ron; lo mismo que una cerveza de 300 ml.	1 o 2	3 o 4	5 o 6	7, 8, o 9	10 o más.
3. ¿Con qué frecuencia toma en una salida 6 o más tragos de bebidas alcohólicas?	Nunca	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

4. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha sido incapaz de parar de beber una vez había empezado?	Nunc a	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
5. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no pudo cumplir una responsabilidad porque había bebido?	Nunc a	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
6. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha necesitado beber en ayunas para recuperarse después de haber bebido mucho el día anterior?	Nunc a	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
7. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año ha tenido remordimientos o sentimientos de culpa después de haber bebido?	Nunc a	Menos de una vez al mes	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario
8. ¿Con qué frecuencia en el curso del último año no ha podido recordar lo que sucedió la noche anterior porque había estado	Nunc a	Menos de una vez al	Mensualmente	Semanalmente	A diario o casi a diario

*Tamizaje de salud mental en el municipio de  
Andes-Antioquia  
Deisy Velásquez  
Jacqueline Velásquez*

bebiendo?		mes			
9. ¿Usted o alguna otra persona ha resultado herido porque usted había bebido?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
10. ¿Algún familiar, amigo, médico o profesional sanitario ha mostrado preocupación por su consumo de bebidas alcohólicas o le han sugerido que deje de beber?	No		Sí, pero no en el curso del último año		Sí, el último año
					Total



#### Anexo 4

### CUESTIONARIO DE USO DE DROGAS (DAST-10)

Bedregal, L.; Sobell, L.; Sobell, M. & Simco, M. (2006).

<b>Estas preguntas están dirigidas a los últimos doce meses:</b>				
0	1	2	3	4
Nunca	Casi nunca	A veces	Casi siempre	Siempre

1. ¿Ha usado drogas que no eran requeridas por razones médicas?	0	1	2	3	4
2. ¿Consume varias drogas al mismo tiempo?	0	1	2	3	4
3. ¿Cuándo quiere puede parar de consumir drogas?	0	1	2	3	4
4. ¿Ha tenido "pérdidas de conocimiento" o "alteraciones de la memoria" como resultado del uso de drogas?	0	1	2	3	4
5. ¿Alguna vez se siente mal o culpable debido a su uso de drogas?	0	1	2	3	4
6. ¿Alguna vez su pareja (o familiares) se han quejado de su uso de drogas?	0	1	2	3	4
7. ¿Ha desatendido a su familia debido a su uso de drogas?	0	1	2	3	4
8. ¿Se ha implicado en actividades ilegales con el fin de obtener drogas?	0	1	2	3	4



9. ¿Alguna vez ha experimentado síntomas de abstinencia (sentirse enfermo) cuando dejó de usar drogas?	0	1	2	3	4
10. ¿Ha tenido problemas médicos como resultado de su uso de drogas (pérdida de la memoria, hepatitis, convulsiones, hemorragia, etc.)?	0	1	2	3	4

