

DESIGUALTATS SOCIOECONÒMIQUES I INEQUITATS EN SALUT MENTAL EN LA POBLACIÓ ADULTA DE COLÒMBIA

Treball Fi de Grau

Irene Sanchez Correas: isanchezco@edu.tecnocampus.cat

Ivette Jurado Ortiz: ijurado@edu.tecnocampus.cat

Director: Pau Carratalà

Curs acadèmic 2022 - 2023

Grau infermeria - 4rt Curs

 **Tecnocampus**
Escola Superior
de Ciències de la Salut

Centre adscrit a:

 **UPF** Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona

“Debajo de toda enfermedad psíquica hay un conflicto social”

-FRANCO BASAGLIA.: *Instituzione negata*, 1968.-

Agraïments

Volem expressar el nostre agraïment al respectiu director, Pau Carratalà, per la seva orientació professional, suport, ajuda i paciència rebuda durant el desenvolupament d'aquest estudi.

A Ferran Sánchez, Toni Molina, Eva Rodríguez i Clara Rodríguez, per la seva predisposició a ajudar-nos de la millor manera possible, compartint així explicacions dels seus respectius coneixements.

Finalment, volem mencionar el nostre reconeixement a les respectives xarxes afectives, pel seu constant suport emocional.

Índex

Índex	3
Índex de taules	4
Índex de gràfiques	5
Resum / Abstract	6
1. Introducció	8
2. Justificació	10
3. Objectius	12
3.1. Objectius generals	12
3.2. Objectius específics	12
3.3. Hipòtesis	12
4. Metodologia	13
Disseny d'estudi	13
Població i mostra	13
Variables / Indicadors d'estudi i definició operativa	13
Criteris d'inclusió i d'exclusió	16
Instruments de mesura	16
Mètode d'anàlisi de dades	17
Aspectes ètics	17
Limitacions	17
5. Resultats	20
6. Discussió	48
7. Conclusions	51
8. Implicació a la pràctica professional	52
9. Cronograma de l'estudi	53
10. Bibliografia	54
11. Annexos	62

Índex de taules

Taula 1. Posició econòmica	20
Taula 2. Patiment psíquic	21
Taula 3. Taxa de medicaments per grups de fàrmacs	22
Taula 4. Esdeveniments traumàtics	22
Taula 5. Nivell de l'estat de salut	23
Taula 6. Regió a la qual pertany l'habitatge	24
Taula 7. Nivell educatiu	25
Taula 8. Vincles històrics familiars	26
Taula 9. Sexe	26
Taula 10. Edat	27
Taula 11. Posició econòmica i patiment psíquic	29
Taula 11.1. Proves del txi-quadrat	29
Taula 11.2. Mesures simètriques	29
Taula 11.3. Resum de processament de casos	29
Taula 12. Posició econòmica i taxa de medicaments per grups de fàrmacs	30
Taula 12.1. Proves del txi-quadrat	30
Taula 12.2. Mesures simètriques	30
Taula 12.3. Resum de processament de casos	31
Taula 13. Patiment psíquic i determinants de la salut	33
Taula 13.1. Estimacions de paràmetres	34
Taula 13.2. Informació d'ajust dels models	34
Taula 13.3. Bondat d'ajust	34
Taula 13.4. Pseudo R quadrat	34
Taula 14. Patiment psíquic i determinants de la salut	35
Taula 14.1. Proves del txi-quadrat	35
Taula 14.2. Mesures simètriques	35
Taula 14.3. Resum de processament de casos	35
Taula 15. Posició econòmica, patiment psíquic i sexe	37
Taula 15.1. Proves del txi-quadrat	37
Taula 16. Posició econòmica, taxa de medicaments per grups de fàrmacs i sexe	39
Taula 16.1. Proves del txi-quadrat	39
Taula 17. Patiment psíquic, esdeveniments traumàtics i sexe	40
Taula 17.1. Proves del txi-quadrat.	40

Taula 18. Patiment psíquic, nivell de l'estat de salut i sexe.	41
Taula 18.1. Proves del txi-quadrat.	41
Taula 19. Patiment psíquic, regió a la qual pertany l'habitatge i sexe.	42
Taula 19.1. Proves del txi-quadrat.	42
Taula 20. Patiment psíquic, nivell educatiu i sexe.	43
Taula 20.1. Proves del txi-quadrat.	44
Taula 21. Patiment psíquic, vincles històrics familiars i sexe.	45
Taula 21.1. Proves del txi-quadrat.	46
Taula 22. Posició econòmica, esdeveniments traumàtics i sexe.	47
Taula 22.1. Proves del txi-quadrat.	47

Índex de gràfiques

Gràfica 1. Posició econòmica.	20
Gràfica 2. Patiment psíquic.	21
Gràfica 3. Taxa de medicaments per grups de fàrmacs.	22
Gràfica 4. Esdeveniments traumàtics.	23
Gràfica 5. Nivell de l'estat de salut.	23
Gràfica 6. Regió a la qual pertany l'habitatge.	24
Gràfica 7. Nivell educatiu.	25
Gràfica 8. Vincles històrics familiars.	26
Gràfica 9. Sexe.	27
Gràfica 10. Edat.	27
Gràfica 11. Posició econòmica i patiment psíquic.	29
Gràfica 12. Posició econòmica i taxa de medicaments per grups de fàrmacs.	31
Gràfica 13. Posició econòmica i esdeveniments traumàtics.	36

Resum

L'objectiu general de l'estudi ha estat l'anàlisi inferencial, de manera transversal, de l'impacte de les desigualtats socials en relació amb l'àmbit de la salut mental en la població adulta de Colòmbia. A més, s'ha volgut determinar l'impacte de la posició econòmica respecte a la incidència del patiment psíquic i la taxa de consum de psicofàrmacs. La població adulta de Colòmbia es caracteritza per ser hereva d'un marc històric i social hostil, en el qual s'han vist obligades a buscar respostes i generar estratègies d'abordatge de les pròpies necessitats. És per això que hem volgut fer un reconeixement a totes aquelles persones que han estat víctimes d'un esdeveniment traumàtic, vinculant l'afectació d'aquest en el patiment psíquic. L'estudi d'investigació s'ha dut a terme mitjançant l'explotació de dades proporcionades per l'Enquesta Nacional de Salut Mental de Colòmbia en 2015, utilitzant 10.870 enquestes realitzades amb el paquet informàtic SPSS. A través d'aquestes, s'ha pogut establir que els esdeveniments traumàtics i el sexe han esdevingut els eixos amb més impacte en el patiment psíquic. S'han corroborat diverses teories amb la confirmació estadística de l'indicador de pobresa com a major risc a experimentar patiment psíquic, apreciant una tendència de disminució d'aquest indicador a mesura que augmenta la posició econòmica. Addicionalment, la investigació proporciona l'anàlisi de tots aquests eixos vinculats a la salut, amb perspectiva de gènere, confirmant així que les magnituds de les desigualtats de gènere estan estretament lligades amb la salut mental.

Aquest estudi pretén ser un punt de reflexió de les necessitats de restablir polítiques públiques, estratègies d'intervenció integrals i desvinculació de les estructures socials que permetin la redistribució dels recursos comunitaris per a la salut mental.

Paraules clau: salut mental, patiment psíquic, determinants socials, desigualtats de gènere, esdeveniments traumàtics i Colòmbia.

Abstract

The aim of this project has been the inferential and transversal analysis regarding the impact of social inequality in the field of mental health, specifically of the adult population of Colombia. Furthermore, we have intended to determine how socioeconomic aspects impact the incidence of psychological pathologies, and the usage of psychotropic drugs within the target population. Said population is known for having grown historically in a hostile social environment, where they have had to come up with their own strategies and answers to their needs. That is why we want to

acknowledge all the people who have gone through a traumatic experience, linking their experience to their psychological suffering. This investigation project has been elaborated by extracting data from the National Mental Health Survey of Colombia, from 2015, studying 10,870 surveys made with SPSS. Thanks to this, we have established that both traumatic events and sex have the most impact in psychological suffering. We have been able to corroborate several theories concerning social class structures - such as the fact that poverty leads to a greater risk of psychological suffering - and we have also noticed how this tendency decreases when looking into higher social classes. Additionally, the project includes analysis on how gender influences mental health, reaching to the conclusion that mental health is greatly affected by gender inequality.

In short, this project aims to make us reflect upon the need of reestablishing active public policies, wholesome intervention strategies and a redistribution of resources that would allow all the population to have direct access to mental health aid.

Key words: mental health, psychological suffering, social determinants, gender inequalities, traumatic events and Colombia.

1. Introducció

El terme salut és una construcció social variant derivada de la necessitat de donar explicacions a allò que ens envolta, sentim o percebem.⁽¹⁾ En aquest sentit, al Manual de Salut Pública i Medicina Preventiva del 1981, Hernan San Martin, exposa el concepte dinàmic i històric de la salut mencionant que aquest es defineix en funció del marc social en el qual actua.^(2,3) En un principi, al preàmbul de la Constitució de la Conferència Sanitària Internacional, el juliol del 1946, l'Organització Mundial de la Salut (OMS) va definir la salut com una absència d'afeccions o malalties. Avui dia, a la darrera actualització de l'any 1984, l'OMS amplia aquest concepte i l'entén com un estat de complet benestar físic, mental i social; fent un gir multidimensional que va més enllà de la dicotomia entre absència de malaltia i salut o la limitació dels seus determinants a l'estil de vida i al comportament.^(4,5)

Al llarg de la història han anat apareixent models teòrics, paradigmes o disciplines destinats a l'anàlisi dels factors determinants i condicionants de la salut. Als anys setanta, George Engel, va proposar una mirada més holística i integral mitjançant un model biopsicosocial que definia els determinants de la malaltia més enllà dels termes estrictament somàtics i físics i assumint la multiplicitat de les causes de salut en l'àmbit psicològic i social.^(6,7,8,9) Paral·lelament, arran d'estudis de diferents autors, com Bernardino Ramazzini, sobre les desigualtats laborals i la seva relació amb la salut, va construir-se el concepte de medicina de treball, donant resposta a la relació entre els determinants laborals i la salut i, confirmant així, la relació entre les classes socials, l'economia i la salut.^(10,11,12)

Cal emfatitzar la importància que va tenir, en relació amb la salut, l'*Informe Black*, sol·licitat el 1977 pel secretari d'Estat de Serveis Socials del govern del Regne Unit i publicat el 1980, fent una aportació considerable sobre les desigualtats socials envers la salut. Moltes autores han remarcat la importància d'aquestes desigualtats, entre elles Carme Borrell, que en el seu article *La salut pública desde la perspectiva de género y clase social* fa una menció explícita.⁽¹³⁾ Altrament, Margaret Whitehead, el 1991, va realitzar la definició d'inequitat més acceptada i divulgada, conceptualitzant-la com les diferències en salut innecessàries, evitables i injustes.^(14,15)

Tanmateix, si el concepte de salut ha estat motiu de controvèrsies i modificacions al llarg de la història, el concepte de salut mental ha estat encara un procés més tèrbol, imprecís i complicat. Els orígens d'aquest terme es remunten als inicis del segle XX amb el moviment de la higiene mental nord-americà. Això, no vol dir pas que les inquietuds per parlar sobre aquests temes s'iniciessin en aquell moment; no obstant això, aquest ha estat un procés en el qual grans autors han realitzat les seves aportacions, contribuint així en la creació d'una disputa històrica entre el vessant biològic i

social del concepte. Actualment, l'OMS, avalada per l'Organització Panamericana de la Salut (OPS), resumeix el terme salut mental com un estat de benestar en el qual l'individu és conscient de les seves pròpies capacitats per afrontar les tensions normals de la vida, poder treballar de forma productiva, fructífera i ésser capaç de fer una contribució a la comunitat.^(16,17,18)

L'any 2008, l'OMS, proposa el Mental Health Gap Action Programme (mhCAP) amb la finalitat de reduir la bretxa entre els recursos disponibles i la gran necessitat dels serveis especialitzats en salut mental, reforçant així el compromís de totes les parts interessades directe i indirectament, com els proveïdors de la salut, professionals i institucions, per augmentar l'assignació de recursos econòmics i humans en l'atenció al patiment psíquic i aconseguir una major cobertura mitjançant intervencions clau.^(19,20) D'aquesta manera, es construeix un marc jurídic per incloure objectius específics en salut mental en els plans de desenvolupament dels països, com el Plan Nacional de Desarrollo de Colombia del 2012-2021.⁽²¹⁾

Reconduint-nos i situant-nos al context colombià, matèria d'aquest treball, segons l'Enquesta Nacional de Salut Mental del 2015, entre el 9,6% i l'11,2% de la població adulta de 18 a 65 anys, ha experimentat simptomatologia associada al patiment psíquic, i entre el 40,2% i el 41,4% de la població adulta han viscut algun esdeveniment traumàtic. Aquests fets es poden explicar des d'un punt de vista històric a causa dels llargs processos de conflictes armats interns (afectacions i repercussions palpables encara) o a la forta estratificació social i les divergències que produeix i que afecten les condicions de vida i les connexions socials.^(22,23,24)

Per tots aquests motius, l'objectiu d'aquest estudi és analitzar la relació entre les condicions de vida i les desigualtats en salut mental. Es busca investigar si hi ha una correlació entre menors desigualtats i un major nivell de salut mental, quina és aquesta relació i quins són els contextos perquè esdevinguin aquestes situacions. Això permet identificar la problemàtica de les desigualtats en salut mental, destacant les possibles relacions entre els determinants socioeconòmics i les desigualtats socials existents.

2. Justificació

El concepte de salut mental ha tingut una evolució no mancada de controvèrsia, degut al fet que molts vessants d'aquest concepte han volgut tenir cabuda en la seva definició. No obstant això, a mesura que avançava el segle XX, varen sorgir diferents mirades teòriques i pràctiques en aquest camp com el sorgiment de la psicologia, disciplina independent que aportava noves perspectives, i com el conductisme de B.F Skinner o l'enfocament humanista de Carl Rogers, duent a terme avenços significatius en el camp de la psicofarmacologia, els quals van permetre el desenvolupament de psicofàrmacs, utilitzant-los així com a primera línia d'abordatge del patiment psíquic.^(25,26,27) Ronald David Laing, psiquiatra i psicoterapeuta, realitzava una crítica a la sobremedicació com a pla terapèutic, mencionant que l'ús de la psicofarmacologia evadia una comprensió profunda vers l'origen i la causa d'aquest patiment psíquic i, alhora, presentava la psicoteràpia com a pla terapèutic alternatiu, mencionant així la importància de les relacions humanes com a mètode de recuperació de l'ésser humà.^(28,29)

En l'actualitat, el concepte de salut mental ha evolucionat fins a una visió més integral i holística. Es reconeix que la salut mental abraça, no només l'absència de patiment psíquic, sinó que també el benestar social, psicològic i emocional. Així mateix, coexisteixen dues grans perspectives de la salut mental. Primerament, la mirada biologicista, en la qual l'any 1975, Arthur Rigg, introdueix el concepte metilació com el mecanisme d'inactivació del cromosoma X en mamífers, donant explicació a diverses malalties com el càncer, el fracàs renal, l'autisme, l'alzheimer, l'esquizofrènia, en la diabetis, la fatiga crònica, les convulsions i els trastorns de la son. Els desajustos dels neurotransmissors es refereixen a alteracions químiques en la comunicació entre neurones al cervell, pel fet que aquestes es comuniquen entre elles mitjançant substàncies químiques anomenades substàncies sinàptiques regulant diverses funcions cerebrals, com l'estat d'ànim, la cognició i el comportament. L'epigenètica ha intentat explicar el patiment psíquic, atorgada a diagnòstics com la depressió, l'ansietat, l'esquizofrènia i el trastorn bipolar, mitjançant l'alteració d'aquests neurotransmissors.^(30,31)

En segon terme, és important destacar que la relació entre els desajustos de la neurotransmissió i els trastorns mentals no és del tot entesa ni sempre és directa. Els trastorns mentals són condicions complexes i multifactorials i la seva etiologia pot involucrar factors genètics, ambientals, psicològics i socials. Teoria que recolzen un gran nombre d'autors, com són Émilie Durkheim, al seu llibre "El suïcidi", argumentant de forma pionera que aquest, no és un simple acte individual, sinó que es

tracta de la revelació d'influències socials i condicions de vulnerabilitat.⁽³²⁾ Segons ell, la cohesió social i la integració d'aquestes persones en la comunitat duen a terme un paper molt valuós en la salut mental i, concretament, en la incidència del suïcidi. Per la qual cosa, ens trobem davant d'una incongruència del consens universal en relació amb aquesta temàtica. Reivindiquem la necessitat de dur a terme una confrontació entre les dues mirades, per tal de generar punts de reflexió i investigacions basades en l'evidència científica, entorn d'aquesta temàtica, per trencar amb els esquemes socials establerts i construir noves polítiques públiques i línies d'actuació integrals que permetin una millora de la distribució dels recursos comunitaris per enfortir la salut mental col·lectiva.^(33,34)

El govern Colombià, degut al marc històric hostil, que ha viscut i està vivint la població, s'ha vist amb l'obligació política de donar resposta i generar estratègies per abordar les necessitats poblacionals en salut mental.⁽³⁵⁾ L'any 1993 implantà una de les reformes del sistema de salut més emblemàtiques de Sud-Amèrica, la qual implementava dos corrents: la neoliberal i la utilitarista. La primera consisteix en el reconeixement legal dels drets humans excepte l'assistència sanitària com a dret fonamental, considerant-la demanable, però no exigible a l'estat. Mentre que l'utilitarisme fa referència a la part econòmica de la sanitat.^(36,37,38) Altrament, als anys vuitanta, el govern de Bogotà establí una política pública d'estratificació socioeconòmica basada en la *Llei de Serveis Públics l'any 1944*. Aquest sistema consisteix en la classificació dels habitatges segons la qualitat i la ubicació amb la finalitat de concedir subsidis als habitants amb menys recursos; organitzant-se com un mètode diferenciador de pagament segons la posició socioeconòmica de cada estrat.^(39,40)

Partint d'aquestes premisses, les reformes del sistema de salut i la implantació política de l'estratificació socioeconòmica, aquest treball pretén analitzar les possibles repercussions que han tingut en la societat colombiana en matèria de salut mental, a través d'un estudi descriptiu de tall transversal com és l'Enquesta Nacional de Salut Mental de 2015 (ENSM 2015), essent, també, un mètode de reconeixement a totes aquelles persones que han estat víctimes d'un esdeveniment traumàtic. A més, intentarà donar resposta a si aquestes repercussions reflecteixen diferències, o no, envers les diferents posicions econòmiques de la població colombiana.^(41,42,43)

3. Objectius

Objectiu general

- Descriure l'impacte de les desigualtats socials sobre l'àmbit de la salut mental en la població adulta de Colòmbia, mitjançant l'Enquesta Nacional de Salut Mental de 2015.

Objectius específics

1. Determinar l'impacte de la posició econòmica en la incidència de patiment psíquic en la població adulta de Colòmbia.
2. Concretar la taxa de consum de psicofàrmacs en adults a Colòmbia en funció de la posició econòmica.
3. Identificar els factors que impliquen major risc a sentir patiment psíquic en la població adulta de Colòmbia, tenint en compte tots els determinants de la salut.
4. Conèixer el grau d'associació entre els esdeveniments traumàtics i la posició econòmica de la població adulta de Colòmbia.
5. Determinar l'impacte de les desigualtats de gènere en les desigualtats en l'àmbit de la salut mental, en relació amb la població adulta de Colòmbia.

Hipòtesis

1. La població adulta de Colòmbia que pertany a una posició econòmica més baixa té més risc a sentir patiment psíquic.
2. La població adulta de Colòmbia que pertany a una posició econòmica més baixa presenta una taxa de consum de psicofàrmacs més elevada.
3. La població adulta de Colòmbia que ha viscut un o més esdeveniments traumàtics i que tenen un nivell econòmic més baix, tenen major risc a sentir patiment psíquic.
4. La població adulta de Colòmbia que pertany a una posició econòmica més baixa té més risc a haver viscut un o més esdeveniments traumàtics.
5. La població adulta de Colòmbia que pertany a una posició econòmica més baixa, i correspon al sexe femení, té més risc a haver viscut un o més esdeveniments traumàtics, influint de la mateixa manera a tenir major risc a sentir patiment psíquic i, per tant, a presentar una major taxa de consum de psicofàrmacs.

4. Metodologia

Disseny d'estudi

Aquest estudi es basa en un disseny únic en el qual s'aplica una metodologia quantitativa analitzant, a través de diverses tècniques estadístiques, les dades proporcionades per l'Enquesta de Salut Mental de 2015 a Colòmbia, amb el programari estadístic SPSS.

Població i mostra

La població a la qual es va dirigir l'ENSM 2015, era **població civil resident d'àrees urbanes i rurals, no institucionalitzada**, distingint entre 3 grans grups d'edat, infants d'entre 7 a 11 anys, grups poblacionals d'adolescents entre 12 i 17 anys i adults de 18 anys o més.

Per realitzar l'enquesta, es varen visitar 19.564 llars, de les quals 13.555 llars varen ser enquestades. Amb un total de persones enquestades de 16.147, distribuïdes en funció de població infantil d'entre 7 i 11 anys (2.727), població de 12 a 17 anys (1.754), persones d'entre 18 i 44 anys (5.889) i població a partir de 45 anys (4.981).

Segons la fitxa tècnica de l'enquesta mencionada, el treball de camp va ser fet a 16.147 persones. Tanmateix, en aquest estudi farem servir les dades de la població major de 18 anys, és per aquest motiu pel qual la mostra que utilitzarem s'escurçarà a **10.870** persones enquestades. ⁽⁴³⁾

Variables/indicadors d'estudi i definició operativa

Variabls dependents

- **Nivell de l'estat de salut** → Valoració de les característiques vitals durant el moment de realització de l'enquesta. La construcció d'aquesta variable sorgeix unint una anàlisi de catorze preguntes i una pregunta individual. El primer té en compte la presència d'alguna de les següents patologies cròniques: insuficiència renal, hipertiroidisme o hipotiroidisme, malalties pulmonars i cardíaques, hipertensió arterial o hipotensió arterial, reflux, gastritis, úlcera gàstrica o intestí irritable, artritis, reumatisme, artrosi, fibromiàlgia o altres malalties autoimmunes, malalties hepàtiques, malaltia cerebrovascular, trombosi o vessament cerebral, àlgies cròniques, epilèpsia o convulsions, diabetis, tumor maligne i altres patologies cròniques. La segona pregunta que es combina menciona el patiment psíquic, a causa del fet que l'anàlisi anterior no el valora. D'aquesta manera, es codifiquen les respectives respostes i es construeix una sola variable, on s'estableixen tres categories: "no pateix cap malaltia", "pateixen una o més malalties" i "no sap/no contesta (NS/NC)".

- **Patiment psíquic** → Percepció subjectiva que té una persona vers la seva pròpia experiència de dolor⁽⁴⁴⁾, la qual pot desencadenar en diferents maneres com l'angoixa, la culpa, el dol, entre d'altres.⁽⁴⁵⁾ Es parla de situacions que impacten el pensament, gestió emocional, estat d'ànim i comportament. Per a la construcció d'aquesta variable han sigut escollides 7 preguntes que representin el concepte esmentat anteriorment, les quals abracen la salut mental autopercebuda, l'existència d'algun problema emocional, nerviós o de salut mental al llarg de la seva vida, la mort de familiars o d'algú proper, la presència de pensaments inquietants a causa d'un esdeveniment estressant, l'anàlisi de presència de depressió major o menor o distímia i sentiment de buit i de tristesa. Cadascuna d'aquestes preguntes, en cas de ser afirmatives, sumen un punt. D'aquesta manera, segons la puntuació total (màxim 7 punts), s'estableix una divisió de quatre categories: "no hi ha patiment psíquic"(0), "risc a sentir patiment psíquic"(1-2), "patiment psíquic lleu"(3-5) i "patiment psíquic sever"(6-7).
- **Taxa de consum de psicofàrmacs** → Entenem per taxa de consum de psicofàrmacs si alguna vegada ha pres algun medicament que hagi sigut pautat o recomanat per alteracions emocionals, de nervis, estrès, falta d'energia o falta de concentració. En cas afirmatiu, es valora el tipus de fàrmac, agrupant així cada medicament segons la seva funció. D'aquesta manera, es codifiquen les respostes i s'estableixen nou categories: "ansiolític", "antidepressiu", "antiepilèptic", "antimaníacs", "antiparkinsonià", "antipsicòtics", "hipnòtics", "altres" i "NS/NC".^(Veure Annex 1 i Annex 2)

Variables independents

- Variables sociodemogràfiques:
 - **Edat** → Temps transcorregut des del naixement fins al moment de realització de l'enquesta. S'analitza una pregunta amb resposta numèrica sencera, la qual és codificada en 3 categories: "18 a 44 anys", "45 a 64 anys" i "65 o més". El rang establert és major de 18 anys.
 - **Sexe** → Condició biològica, es divideix en dues categories: "home" i "dona".⁽⁴⁶⁾
 - **Posició econòmica** → Distribució de la riquesa en la societat, basant-se en la respectiva declaració de la renda. Segons el Departament Administratiu Nacional d'Estadística (DANE) a Colòmbia, la posició econòmica es divideix en quatre categories: "estat econòmic de pobresa", "estat econòmic de vulnerabilitat", "estat econòmic mitjà" i "estat econòmic alt". D'aquesta manera, defineix en estat de pobresa a aquelles persones amb un ingrés per càpita inferior a 472.905 pesos colombians (línia de pobresa monetària de 2021). Pel que fa a la segona categoria,

inclou valors iguals o majors a 472.906 i iguals o menors a 765.735 pesos colombians. L'estat econòmic mitjà engloba xifres superiors a l'últim valor de l'estat anterior i menors a 1.603.957 pesos colombians. Finalment, l'última categoria correspon a declaracions de la renda majors al límit superior anterior. No obstant això, les respostes de la pregunta seleccionada corresponen a valors numèrics sencers. És per aquest motiu, pel qual es codifiquen, segons la classificació de la DANE, les respostes obtingudes i s'afegeix una categoria més: "NS/NC"; desglossant així la variable en 5 categories.⁽⁴⁷⁾

- **Regió a la qual pertany l'habitatge** → S'entén per la localitat en la qual està situat l'habitatge de l'enquestada. Aquesta variable estableix cinc categories: "Central", "Atlàntica", "Bogotà", "Oriental" i "Pacífica".
- **Nivell d'instrucció** → Entès per nivell educatiu més alt assolit. S'utilitza una pregunta que estableix quatre categories de resposta, les quals són: "cap/primària", "secundària", "tècnic/tecnològic" i "universitari".

Variables de l'entorn/ambientals:

- **Tipus de vincles històrics familiars** → Connexió establerta amb els individus amb els quals usualment viuen o les persones amb les quals tenen llaços emocionals més forts en el mateix moment de realització de l'enquesta. Aquesta variable s'examina a través d'un instrument com és l'APGAR, permetent així la comprensió de l'entorn i el context familiar i observant el rol que pot estar jugant en el procés salut-malaltia. Es realitzen cinc preguntes en relació amb la variable amb quatre categories de resposta: "mai", "quasi mai", "algunes vegades", "quasi sempre" i "sempre". Les preguntes mencionades anteriorment valoren el grau de satisfacció amb l'ajuda que ofereix la família vers un problema a resoldre, la comunicació i el suport familiar, l'expressió d'afecte i el temps que comparteixen junts. D'aquesta manera, es calcula el resultat de l'APGAR i, segons la puntuació adquirida, s'estableixen quatre categories per aquesta variable: "funcionalitat familiar"(17-20), "disfuncionalitat familiar lleu"(13-16), "disfuncionalitat familiar moderada"(10-12) i "disfuncionalitat familiar severa"(menor o igual a 9).⁽⁴⁸⁾ Tanmateix, s'afegeix una categoria més que representa a la població que no respon a l'APGAR, perquè anteriorment menciona que "no nega relació afectiva familiar".
- **Esdeveniments traumàtics** → S'entén com a esdeveniments que han influenciat la vida de la persona enquestada. Es realitza una pregunta que analitza si ha presenciat o ha sigut víctima d'algun esdeveniment estressant, tant l'enquestat com algú proper. La pregunta presenta catorze categories de resposta: "accident de trànsit", "ofegament", "explosió o incendi", "desastre natural", "violència intrafamiliar", "violència física, no originada en l'àmbit

intrafamiliar”, “delinqüència organitzada o comú”, “conflicte armat”, “atac d’un animal”, “malaltia greu o potencialment mortal”, “algun altre esdeveniment estressant”, “cap”, “no sap” i “no respon”. No obstant això, aquestes categories han sigut codificades, obtenint-ne així tres: “no han viscut cap esdeveniment traumàtic”, “han viscut un o més esdeveniments traumàtics” i “NS/NC”.^(42,43)

Criteris d’inclusió i d’exclusió

Durant la cerca de la BBDD es va establir un criteri de selecció que tenia en compte la data de realització de l’enquesta. En aquest cas, com a criteri d’inclusió es va establir una limitació temporal de 10 anys, per tant, s’hauria d’haver realitzat **a partir de l’any 2013**, garantint així el treball amb una mostra manejable i evitant l’obsolescència de les enquestes més antigues.

Un cop escollida, es van establir criteris d’inclusió segons els objectius establerts. La població que s’estudiarà és l’adult i, doncs, hauran de ser **majors de 18 anys i residents a Colòmbia** tant en **l’àrea urbana com rural dispersa**.

Pel que fa als criteris d’exclusió, s’aplicarà a **població menor a 18 anys** i, tenint en compte que l’enquesta abraça diferents àmbits de salut, exclourem que el **problema de salut vagi enfocat a trastorns alimentaris i al consum d’alcohol i substàncies psicoactives**.⁽⁴³⁾

Instruments de mesura

Per la present investigació, es farà ús de les dades de l’ENSM, realitzada a Colòmbia l’any 2015, a més de la literatura revisada prèviament, per tal de recolzar la nostra investigació.

Aquesta enquesta va ser elaborada mitjançant un instrument de mesura com són els qüestionaris, ja existents i utilitzats en prèvies enquestes nacionals de salut del país. Aquests, fan ús d’instruments de mesura internacionals com són l’Índex Multidimensional de pobresa (IMP), APGAR Familiar, Health and Work Performance Questionnaire (HPQ); Composite International Diagnostic Interview, computer assisted (CIDI-CAPI); Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV-P); Self Report Questionnaire (SRQ); Reporting Questionnaire for Children (RQC); Alcohol Use Disorders Identification Test, versiones corta y completa (AUDIT-C, AUDIT-A); Mini Mental State Examination (MMSE); Euroqol Five-Dimension Questionnaire (EQ5D); Time Trade-off; on es varen tenir en compte amb modificacions: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST); Posttraumatic Stress Disorder Checklist, versió C (PCL-C); algunes preguntes del The Eating Attitudes Test (EAT), y Bulimia Test (BUILT). A més, fa servir elements d’altres qüestionaris nacionals com l’enquesta de salut del 2013.

No obstant això, per la realització d'aquesta anàlisi, hem fet una selecció dels apartats de l'enquesta que ens eren beneficiaris, aquesta selecció inclou el qüestionari geogràfic i d'identificació personal de característiques generals, l'enquesta de valoració de l'estat de salut, l'APGAR familiar, l'enquesta de valoració de l'estat mental en adults, l'enquesta de trastorns de l'estrès posttraumàtic en adulta, el consum de medicaments en adulta, l'accés a la salut mental, la cognició social i la valoració de l'estat de salut.⁽⁴³⁾

Mètode d'anàlisi de dades

Per poder dur a terme l'anàlisi inferencial d'aquesta investigació, s'ha fet ús del paquet d'explotació de dades SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), programari estadístic, que ens permet realitzar l'**estadística inferencial**, estesa com l'eix de la matemàtica que utilitza grans conjunts de dades numèriques per poder extreure conclusions basades en càlculs de probabilitat.⁽⁴⁹⁾

Aquesta anàlisi es realitzarà a tres nivells estadístics, **univariat**, que farà referència a la descripció d'una variable, fent ús de les distribucions de freqüències.⁽⁵⁰⁾ Les taules de distribució de freqüències, generades pel programari estadístic SPSS, estan compostes per cinc columnes que seleccionaran i distribuiran la informació analitzada. En primer lloc, obtenim la taula de valors, on trobem la llista dels valors descodificats de cada resposta de les variables. Seguidament, trobem la columna de freqüències, la qual indica quin és el nombre d'individus que, en valor absolut, han respost un valor entre els possibles. A la columna de percentatge, ens indica el tant per cent, respecte al total de les persones entrevistades, que han respost cada opció. El tant per cent vàlid, consisteix en el tant per cent d'individus que ha mencionat cada opció de resposta, però partint de la referència de la totalitat, no de les persones entrevistades, sinó dels entrevistats que han respost alguna pregunta. Finalment, el tant per cent acumulat, expressa el percentatge d'individus que han mencionat un valor determinat o alguns dels valors anteriors a aquest, també es calcula sobre el nombre d'individus que han respost alguna pregunta.⁽⁴⁹⁾

Altrament, l'anàlisi **bivariant o trivariant** farà ús d'una eina que consisteix en la creació d'una taula de freqüències absolutes o taules de contingència, les quals es mostren i es comparen dues o més variables categòriques. Serà a través del txi-quadrat, paràmetre estadístic utilitzat per avaluar la relació significativa entre dues o més variables categòriques, i el coeficient de contingència que determina la mesura de la força i la direcció de l'associació entre variables, amb les que analitzarem aquests enllaços. Permetent-nos així, acceptar o refutar la hipòtesi de dependència entre una variable i una altra.^(51,52)

Finalment, l'anàlisi entre més de tres variables, és a dir, **múltiple**, es durà a terme mitjançant una regressió logística ordinal, que ens permetrà la visualització de la realitat de les relacions entre variables independents amb una variable dependent.^(51,53,54) Amb aquesta eina estadística, es tindran en compte paràmetres com els percentatges marginals, que mostren la distribució de la variable dependent per a diferents valors de les variables independents. El logaritme de la versemblança -2, el test de x²-quadrat i el grau de llibertat avaluen l'ajust del model i la significació estadística. A més, els pseudo R quadrats mesuren la bondat d'ajust del model i la proporció de variància explicada per les variables independents.^(55,56)

Aspectes ètics

Les autores de l'enquesta, han declarat que per dur a terme aquesta, han obtingut un consentiment informat per part de les subjectes d'estudi o tutores legals d'aquestes, adjudicant la responsabilitat de la gestió a les autores de correspondència.^(Veure Annex 3) En aquest document, parla sobre el dret a la confidencialitat, el dret a la privacitat i el dret a la intimitat d'acord amb la llei orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal. És per aquest motiu, que no es poden exposar públicament la identificació de les persones participants.

D'altra banda, és una enquesta pública del Govern de Colòmbia. No obstant això, per poder accedir-hi, es demanen una sèrie de dades imprescindibles per a la seva lectura. Dintre d'aquestes dades, s'inclou la identificació com a ciutadana o resident de Colòmbia, el nom complet, la nacionalitat, el país de residència, el correu electrònic, l'ocupació i la finalitat per la qual vols les dades. Per això, per poder tenir accés a aquesta matriu de dades, es va haver de demanar, també, un consentiment informat, a una ciutadana o resident de Colòmbia, per tal de poder accedir i descarregar-les, fent un ús, exclusivament acadèmic, per la realització d'aquest treball.^(Veure Annex 4)

Limitacions

Entre les limitacions que poden sorgir durant la realització de l'estudi, principalment existia la intenció de focalitzar un dels nostres objectius específics en l'accés a serveis de salut mental segons la posició econòmica, malgrat això, però, una quantitat elevada de respostes, de les respectives preguntes existents a l'ENSM 2015, corresponen a valors nuls (cel·les buides en la base de dades) que indiquen que la pregunta corresponent no es va realitzar a l'enquestat, ja sigui degut al fet que no s'aplicava el mòdul complet o perquè la lògica de salts de l'instrument utilitzat indicava que no s'havia de fer la pregunta. És aquest motiu, el qual impossibilitava l'estudi de l'accés als serveis de

salut mental, obtenint el mateix inconvenient amb la variable posició socioeconòmica, variables clau per l'estudi de la significació estadística d'altres variables.

Una altra limitació identificada va ser la falta d'enquestes especialitzades en salut mental. És per això que vam fer servir l'enquesta que teníem a la nostra disposició, la qual presentava una mostra de 16.147 persones enquestades, de les quals 10.870 corresponien a la població adulta; tenint en compte que, la població actual de Colòmbia és de 48.258.494 habitants i que, per tant, l'extrapolació d'aquests resultats a la població adulta total de Colòmbia seria poc representativa.

Finalment, pel que fa a la taxa de consum de psicofàrmacs, aquesta presenta un elevat nombre de casos perduts, dificultant així l'anàlisi i minant-ne el valor estadísticament significatiu. A més, a diferència de com estava previst inicialment, degut a la mancança d'informació obtinguda no s'han pogut introduir les variables més acurades i enriquides amb una major variabilitat de preguntes.⁽⁴³⁾

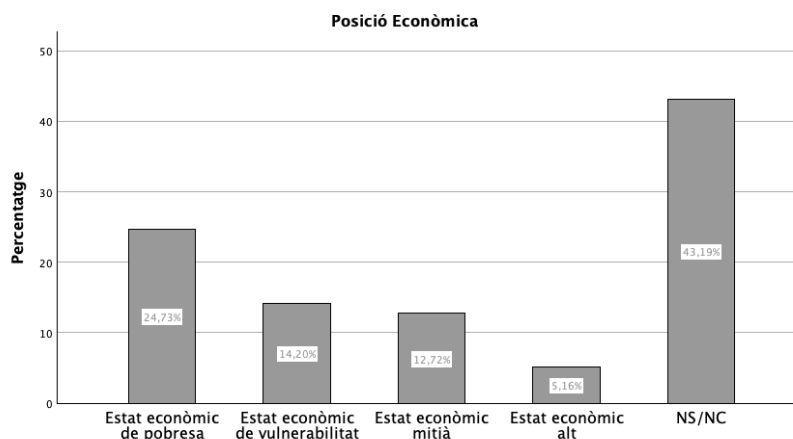
5. Resultats

Posició econòmica (PE)

La taula de freqüència revela que el 24,73% de la mostra se situa en un estat econòmic de pobresa, el 14,20% es troba en situació de vulnerabilitat econòmica, el 12,72% pertany a un estat econòmic mitjà, i només un 5,16% representa l'estat econòmic alt. Cal destacar que, el 43,19% restant correspon a la població que no ha sabut o no ha respost a aquesta pregunta sobre la posició econòmica. Aquestes dades permeten tenir una visió general de la distribució de la riquesa en mostra enquestada, ressaltant la prevalença de l'estat de pobresa i la presència de diverses categories econòmiques en la població estudiada.

		Posició Econòmica			
		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Valors	Estat econòmic de pobresa	2688	24,7	24,7	24,7
	Estat econòmic de vulnerabilitat	1543	14,2	14,2	38,9
	Estat econòmic mitjà	1383	12,7	12,7	51,6
	Estat econòmic alt	561	5,2	5,2	56,8
	NS/NC	4695	43,2	43,2	100,0
Total		10870	100,0	100,0	

Taula 1. Posició econòmica.



Gràfica 1. Posició econòmica.

Patiment psíquic

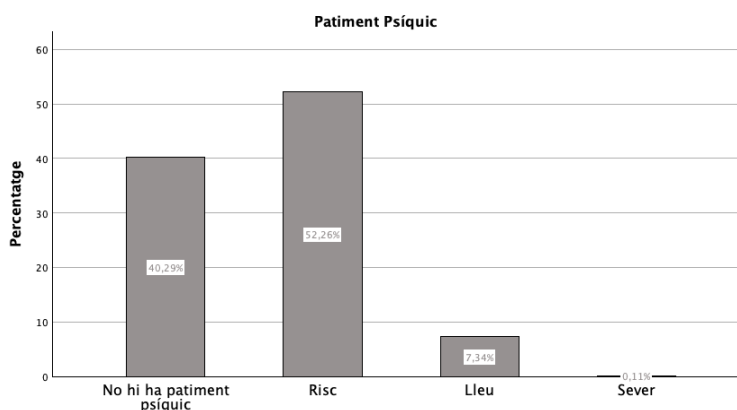
Els resultats revelen que hi ha diversos nivells de patiment psíquic dins del col·lectiu enquestat. Un 40,29% dels participants no han experimentat patiment psíquic. Aquesta dada, podria ser un indicador positiu de salut mental per a la població adulta de Colòmbia. Tanmateix, però, és preocupant que un 52,26% de la població enquestada es troba en situació de risc d'experimentar

patiment psíquic. Això podria suggerir que més de la meitat de les persones enquestades es troben en una situació de vulnerabilitat en termes de salut mental.

A més, un 7,34% dels enquestats informen sentir un patiment psíquic lleu. Aquest resultat indica la presència de patiment psíquic entre una fracció significativa de la població. Alhora, és important destacar que només un 0,11% de la mostra enquestada indica patiment psíquic sever. Aquesta xifra, tot i ser relativament baixa, pot fer saltar les alarmes, pel fet que indica que hi ha un petit, però significatiu grup de persones que pateixen una afectació greu de la seva salut mental. En general, els resultats de l'enquesta posen de manifest la complexitat i la diversitat del patiment psíquic en la població.

Patiment Psíquic					
Valors		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
	No hi ha patiment psíquic	4379	40,3	40,3	47,6
	Risc	5681	52,3	52,3	99,9
	Lleu	798	7,3	7,3	7,3
	Sever	12	,1	,1	100,0
	Total	10870	100,0	100,0	

Taula 2. Patiment psíquic.



Gràfica 2. Patiment psíquic.

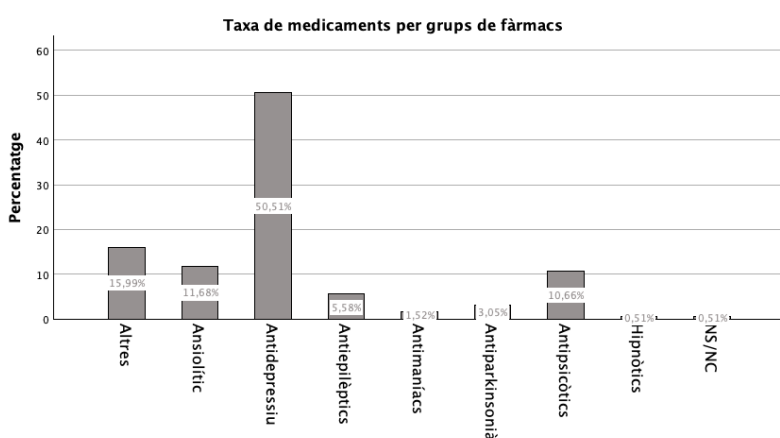
Taxa de consum de psicofàrmacs

En el següent gràfic, es pot interpretar la freqüència de consum de psicofàrmacs, es troben classificats per grups de medicació en funció de la seva utilitat^(Veure Annex 1 i Annex 2). Posem en evidència que, el 50,51% dels psicofàrmacs utilitzats es troben dintre de la categoria d'antidepressius, això indica que aquest grup de medicaments és àmpliament prescrit i utilitzat per tractar problemes de salut mental, l'11,68% correspon a ansiolítics, el 10,66% a medicaments antipsicòtics, el 5,58% a antiepilèptics, l'1,52% a antimaníacs, el 3,05% representa el tipus antiparkinsonià i el 0,51% els hipnòtics. A més, també es representen altres grups amb un 15,99% i la categoria NS/NC amb un 0,51%.

Taxa de medicaments per grups de fàrmacs

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Valors	Altres	63	16,0	16,0	16,0
	Ansiolític	46	11,7	11,7	27,7
	Antidepressiu	199	50,5	50,5	78,2
	Antiepilèptics	22	5,6	5,6	83,8
	Antimaníacs	6	1,5	1,5	85,3
	Antiparkinsonià	12	3,0	3,0	88,3
	Antipsicòtics	42	10,7	10,7	99,0
	Hipnòtics	2	,5	,5	99,5
	NS/NC	2	,5	,5	100,0
	Total	394	100,0	100,0	

Taula 3. Taxa de medicaments per grups de fàrmacs.



Gràfica 3. Taxa de medicaments per grups de fàrmacs.

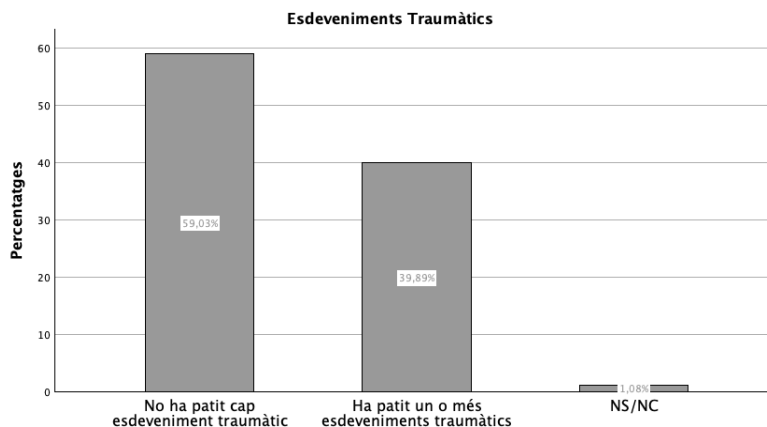
Esdeveniments traumàtics

Segons la taula de freqüències, s'observa com un 59,03%, no ha viscut cap esdeveniment traumàtic, mentre que un 39,89% de la població ha experimentat una vivència traumàtica al llarg de la seva vida. Aquesta dada és important per fer un abordatge de les vivències traumàtiques, entendre l'origen, la gravetat i la influència d'aquestes en el patiment psíquic. L'1,08% restant representa la població que no ha respost.

Esdeveniments Traumàtics

		Freqüències	Percentatges	Percentatges vàlids	Percentatges acumulats
Valors	No ha patit cap esdeveniment traumàtic	6417	59,0	59,0	59,0
	Ha patit un o més esdeveniments traumàtics	4336	39,9	39,9	98,9
	NS/NC	117	1,1	1,1	100,0
Total		10870	100,0	100,0	

Taula 4. Esdeveniments traumàtics.



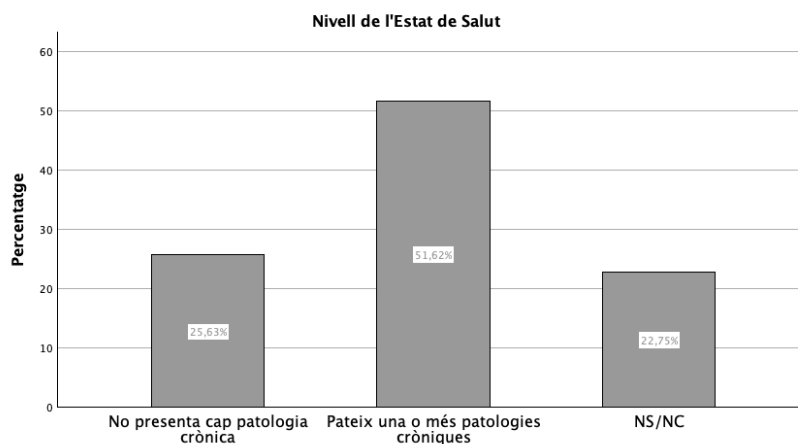
Gràfica 4. Esdeveniments traumàtics.

Nivell de l'estat de salut

El següent gràfic, posa en manifest la presència de patologies cròniques en una proporció significativa de la població enquestada amb un 51,62%. Sugerint, que més de la meitat de la població conviu amb condicions de salut que requereixen un seguiment o un tractament continu, per part de les institucions de salut, tenint un gran impacte a la qualitat de vida i el benestar general de les persones que han contestat. D'altra banda, un 25,63% de les persones enquestades no presenta cap patologia crònica i un 22,75% que no ha respost la pregunta.

Valors	Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
No presenta cap patologia crònica	2786	25,6	25,6	25,6
Pateix una o més patologies cròniques	5611	51,6	51,6	77,2
NS/NC	2473	22,8	22,8	100,0
Total	10870	100,0	100,0	

Taula 5. Nivell de l'estat de salut.



Gràfica 5. Nivell de l'estat de salut.

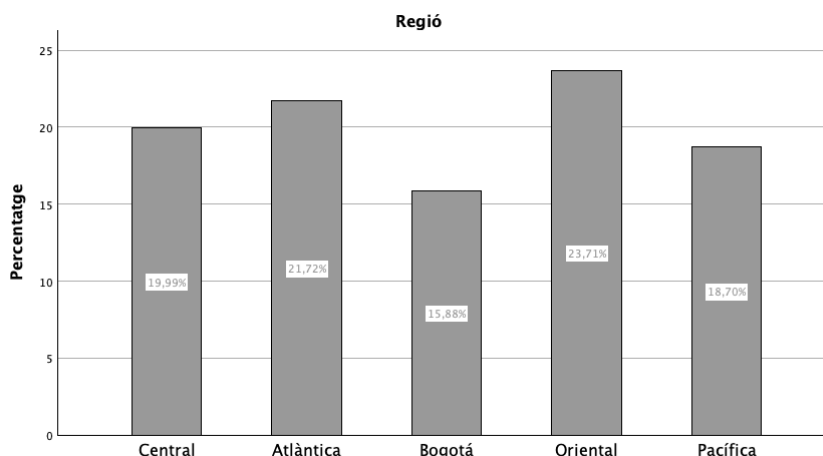
Regió a la qual pertany l'habitatge

Segons l'ENSM, la mostra enquestada és classificada depenent de la regió a la qual pertany. En aquest cas, la desagregació geogràfica a escala regional, creada i utilitzada per les autores de la mateixa enquesta, abraça cinc regions diferents. En primer lloc, pel que fa a la regió Atlàntica, els departaments que la constitueixen són Bolívar, Cesar, Atlàntico, Córdoba, la Guajira, Sucre, Magdalena i San Andrés. D'altra banda, Boyacá, Meta, Putumayo, Cundinamarca, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Santander, Norte de Santander i Arauca, són els territoris que engloben la regió Oriental. Pel que fa a la central, aquesta inclou els següents departaments: Antioquia, Caquetá, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima i Huila. La pacífica abraça Valle, Cauca, Nariño i Chocó i, finalment, Bogotá, englobant els habitants de la capital.

De les dades regionals obtingudes, podem observar un 19,99% viuen a la part central de Colòmbia, un 21,72% de la població enquestada viu a la regió Atlàntica del país, mentre que un 15,88% de les habitant colombianes viuen a la ciutat del país, Bogotá, un 23,71% tenen l'habitatge establert a la zona Oriental i un 18,70% de la resta de la població viu a la zona Pacífica del país. És imprescindible donar importància a aquesta diversitat regional per poder dur a terme un correcte desenvolupament de polítiques i programes que tinguin en compte, de manera inclusiva, les necessitats específiques de cada regió.

		Regió			
		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Valors	Central	2173	20,0	20,0	20,0
	Atlàntica	2361	21,7	21,7	41,7
	Bogotá	1726	15,9	15,9	57,6
	Oriental	2577	23,7	23,7	81,3
	Pacífica	2033	18,7	18,7	100,0
	Total	10870	100,0	100,0	

Taula 6. Regió a la qual pertany l'habitatge.



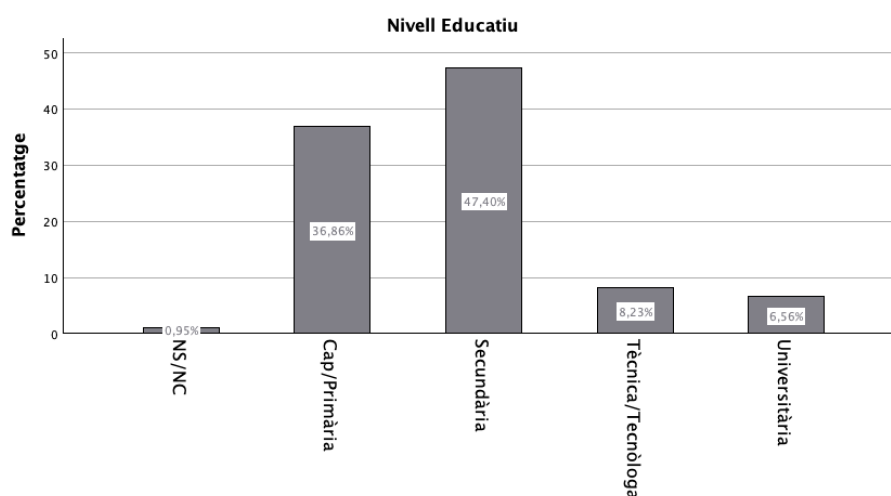
Gràfica 6. Regió a la qual pertany l'habitatge.

Nivell d'instrucció

L'Enquesta Nacional de Salut Mental de Colòmbia del 2015, segons el nivell d'instrucció estableix quatre categories, un 6,6% de la població que ha obtingut una titulació universitària, un 8,2% que s'ha graduat com a tecnòloga o tècnica, un 47,4% de les habitants colombianes han estudiat fins a l'educació secundària i un 36,9% de les persones que viuen al país, no presenten cap títol d'estudis o han rebut el certificat de l'educació primària. Aquesta distribució reflecteix la diversitat educativa de la població colombiana, això podria indicar una dada important sobre la proporció significativa de persones que tenen accés a estudis superiors o que han quedat limitades a nivells educatius més baixos.

		Nivell Educatiu			
		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	NS/NC	103	,9	,9	,9
	Cap/Primària	4007	36,9	36,9	37,8
	Secundària	5152	47,4	47,4	85,2
	Tècnica/Tecnòloga	895	8,2	8,2	93,4
	Universitària	713	6,6	6,6	100,0
	Total	10870	100,0	100,0	

Taula 7. Nivell educatiu.



Gràfica 7. Nivell educatiu.

Tipus de vincles històrics familiars

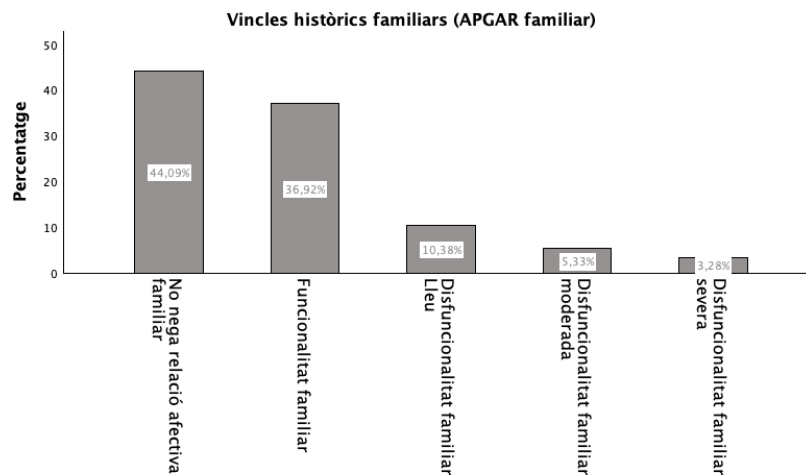
Per avaluar aquesta variable, s'ha tingut en compte l'instrument de mesura APGAR familiar. Eina que utilitza l'enquesta per evidenciar la manera en la qual una persona determina o perceben el funcionament de la seva família al llarg de la seva vida.⁽³⁸⁾ Els resultats mostren les funcionalitats familiars de la població colombiana al 2015, determinant així com un 44,09% no s'identifica amb cap mena de disfunció familiar i un 36,92% ha indicat tenir funcionalitat familiar. A més, s'observa com el

10,38% de la població presenta disfunció familiar lleu, un 5,33% moderada i un 3,28% severa. Hi ha una proporció important que experimenta diferents nivells de disfunció familiar, això es tradueix en la necessitat com a país de contribuir al desenvolupament integral de les persones i les relacions familiars que tenen.

Vincles històrics familiars (APGAR familiar)

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Valors	No nega relació afectiva familiar	4793	44,1	44,1	100,0
	Funcionalitat familiar	4013	36,9	36,9	55,9
	Disfunció familiar lleu	1128	10,4	10,4	10,4
	Disfunció familiar moderada	579	5,3	5,3	15,7
	Disfunció familiar severa	357	3,3	3,3	19,0
	Total	10870	100,0	100,0	

Taula 8. Vincles històrics familiars.



Gràfica 8. Vincles històrics familiars.

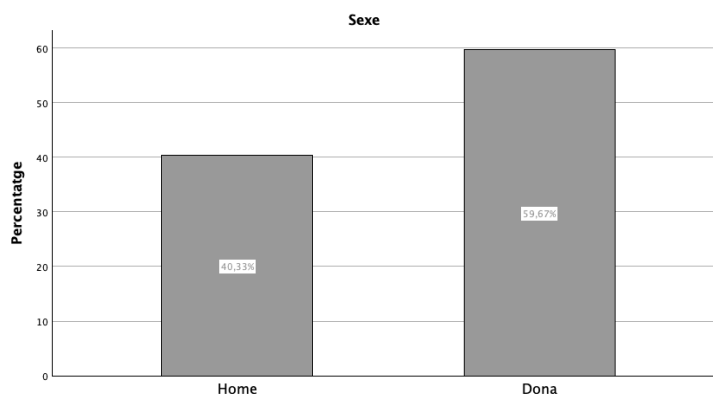
Sexe

L'enquesta ha revelat que el 40,3% de les persones interrogades són homes, mentre que el 59,7% són dones, aquest resultat reflexa la distribució de gènere entre les participants de l'estudi.

Sexe

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Valors	Home	4384	40,3	40,3	40,3
	Dona	6486	59,7	59,7	100,0
	Total	10870	100,0	100,0	

Taula 9. Sexe.



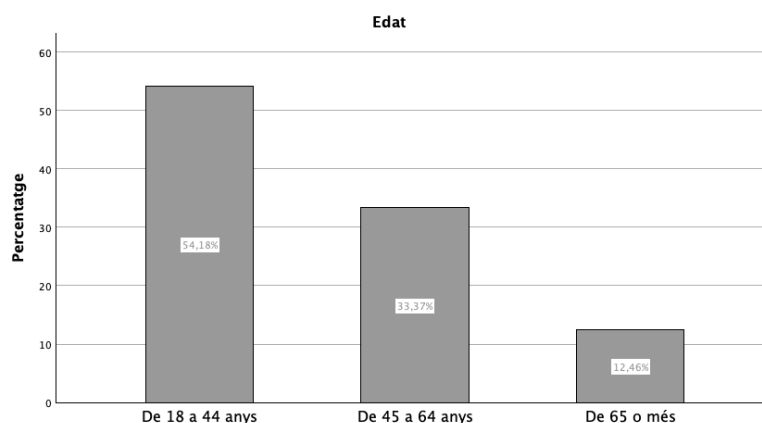
Gràfica 9. Sexe.

Edat

Segons l'ENSM del 2015 a Colòmbia, la variable edat, mostra que el 54,2% de la població, pertany al grup d'edat de 18 a 44 anys, mentre que el 33,4% està en el grup d'edat de 45 a 64 anys, i un 12,5% són de 65 anys en endavant, aquestes dades revelen la distribució d'edats de la població enquestada.

Valors	Edat		Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
	Freqüència	Percentatge		
De 18 a 44 anys	5889	54,2	54,2	54,2
De 45 a 64 anys	3627	33,4	33,4	87,5
De 65 o més	1354	12,5	12,5	100,0
Total	10870	100,0	100,0	

Taula 10. Edat.



Gràfica 10. Edat.

1. Determinar l'impacte de la posició econòmica (PE) en la incidència de patiment psíquic en la població adulta de Colòmbia.

Ramón Bayés al 2009, al seu article "Sobre felicidad y sufrimiento", va descriure el patiment com a resultat dinàmic i canviant de la interacció en contextos específics. Aquesta interacció té lloc entre la percepció de situacions amenaçadores i la disponibilitat de recursos, a més, d'estar influenciada pel nostre estat emocional. Tres anys més tard, Krikorian i Limonero, al 2012, va ampliar la definició, valorant les interaccions de dimensions com són la física, la psicològica, les socials i les espirituals.⁽⁵⁷⁾

Per tant, una de les interaccions a la qual es vol donar èmfasi, ha estat, la relació entre la posició econòmica de la persona enquestada i el fet de sentir patiment psíquic. Les dades obtingudes han revelat que dins el grup de persones en estat de pobresa, un 9,7% no ha experimentat patiment psíquic, mentre que un 13,1% presenta risc de patir-ho, essent aquest, el grup poblacional que té el risc més elevat de sentir patiment psíquic. No obstant això, un 1,9% d'aquest grup ha informat de patiment psíquic lleu i, en canvi, no s'han registrat casos de patiment psíquic greu. D'altra banda, entre les persones en estat econòmic de vulnerabilitat, s'ha observat que un 6,2% no ha experimentat patiment psíquic i un 7,2% té risc de patir-lo. Així mateix, un 0,7% d'aquesta categoria presenta patiment psíquic lleu, sense casos de patiment psíquic greu. Pel que fa a el grup de persones en estat econòmic mitjà, un 5,4% ha indicat no haver experimentat patiment psíquic, mentre que un 6,8% té risc de patir-lo. A més, un 0,5% d'aquest grup ha informat de patiment psíquic lleu, sense casos de patiment psíquic greu. Finalment, en el grup de persones en estat econòmic alt, un 2,5% no ha experimentat patiment psíquic, un 2,4% té risc de patir-lo i un 0,2% d'aquesta categoria presenta patiment psíquic lleu, sense casos de patiment psíquic greu.

Els resultats estadístics mostren un x²-quadrat significatiu de <0,001, ($X^2=(gl)=12(p<0,001)$), evidenciant una associació estadísticament rellevant entre la posició econòmica i la incidència de patiment psíquic en la població adulta de Colòmbia. El coeficient de contingència és de 0,094, el que indica una associació lleu entre elles. Això, pot suggerir que les variables tenen una certa independència. Encara que s'ha trobat una associació lleu entre les variables, aquesta associació té un nivell de significació important i no es pot atribuir únicament a l'atzar.

Taula creuada entre Posició Econòmica i Patiment Psíquic

Posició Econòmica		Recompte	Patiment Psíquic				Total
			No hi ha patiment psíquic	Risc a sentir patiment psíquic	Patiment psíquic lleu	Patiment psíquic sever	
Estat econòmic de pobresa	Recompte	1054	1424	207	3	2688	
	% del total	9,7%	13,1%	1,9%	0,0%	24,7%	
Estat econòmic de vulnerabilitat	Recompte	677	786	80	0	1543	
	% del total	6,2%	7,2%	0,7%	0,0%	14,2%	
Estat econòmic mitjà	Recompte	591	740	50	2	1383	
	% del total	5,4%	6,8%	0,5%	0,0%	12,7%	
Estat econòmic alt	Recompte	272	264	24	1	561	
	% del total	2,5%	2,4%	0,2%	0,0%	5,2%	
NS/NC	Recompte	1785	2467	437	6	4695	
	% del total	16,4%	22,7%	4,0%	0,1%	43,2%	
Total	Recompte	4379	5681	798	12	10870	
	% del total	40,3%	52,3%	7,3%	0,1%	100,0%	

Taula 11. Posició econòmica i patiment psíquic.

Proves del txi-quadrat

	Valor	gl	Significació asintòtica (bilateral)
Txi-quadrat de Pearson	97,795 ^a	12	<,001
Raó de versemblança	105,428	12	<,001
Asociació lineal per lineal	10,842	1	<,001
Nº de casos vàlids	10870		

a. 4 caselles (20,0%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és ,62.

$$(X^2=(gl)=12(p=<0,001))$$

Taula 11.1. Proves del txi-quadrat.

Mesures simètriques

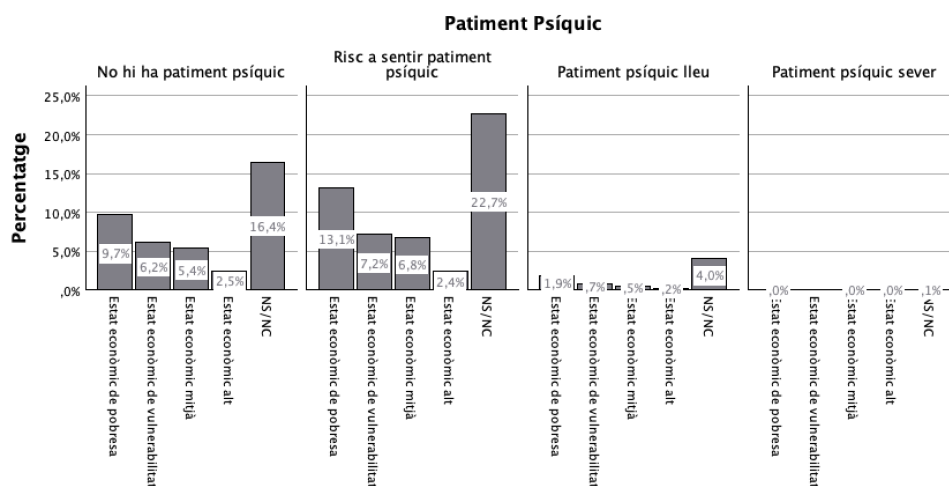
	Valor	Significació aproximada
Nominal per Nominal	Coefficient de contingència	,094
Nº de casos vàlids		10870

Taula 11.2. Mesures simètriques.

Resum de processament de casos

	Vàlids		Casos Perduts		Total	
	N	Percentatge	N	Percentatge	N	Percentatge
Posició Econòmica * Patiment Psíquic	10870	100,0%	0	0,0%	10870	100,0%

Taula 11.3. Resum de processament de casos.



Gràfica 11. Posició econòmica i patiment psíquic.

2. Concretar la taxa de consum de psicofàrmacs en adults a Colòmbia en funció de la posició econòmica (PE).

La taula ha revelat que hi ha diferències entre l'ús de medicament segons l'estat econòmic de la població. En el grup poblacional que se situa en l'estat econòmic de pobresa, un 6,6% pren antidepressius, el 3,0% pren altres fàrmacs, el 2,8% pren ansiolítics i l'1,8% pren antipsicòtics. En el col·lectiu poblacional en estat de vulnerabilitat econòmica, el 8,4% pren antidepressius, el 3,8% pren altres fàrmacs no contemplats, el 2,5% pren antipsicòtics i el 2,0% pren ansiolítics. L'agrupació de persones que es troben en estat econòmic mig, el 7,6% pren antidepressius, el 2,5% pren altres medicaments, el 2,5% pren ansiolítics, i l'1,8% pren antipsicòtics i antiepilèptics. Finalment, entre les residents colombianes en estat econòmic alt, el 7,1% pren antidepressius, l'1,3% pren altres medicaments i el 0,5% pren antipsicòtics.

El txi-quadrat ha mostrat un valor de 0,472 ($X^2=(gl)=32(p=0,472)$), indicant que no hi ha una relació significativa entre les variables analitzades. El coeficient de contingència, de 0,472 i un valor de 0,274, suggereix una associació molt feble entre les variables. S'ha de tenir en compte, que aquest resultat es basa en un nombre de casos vàlids de 394, enfront de 10476 casos perduts, els quals no s'han pogut incloure en l'anàlisi, per manca de respostes a la base de dades.

Taula creuada entre Posició Econòmica i Taxa de medicaments per grups de fàrmacs

Posició Econòmica		Taxa de medicaments per grups de fàrmacs										Total
		NS/NC	Altres	Ansiolític	Antidepressiu	Antiepilèptics	Antimaniacs	Antiparkinsonià	Antipsicòtics	Hipnòtics		
Estat econòmic de pobresa	Recompte	1	12	11	26	0	0	2	7	0	59	
	% del total	0,3%	3,0%	2,8%	6,6%	0,0%	0,0%	0,5%	1,8%	0,0%	15,0%	
Estat econòmic de vulnerabilitat	Recompte	0	15	8	33	4	2	2	10	0	74	
	% del total	0,0%	3,8%	2,0%	8,4%	1,0%	0,5%	0,5%	2,5%	0,0%	18,8%	
Estat econòmic mitjà	Recompte	0	10	10	30	7	1	2	7	1	68	
	% del total	0,0%	2,5%	2,5%	7,6%	1,8%	0,3%	0,5%	1,8%	0,3%	17,3%	
Estat econòmic alt	Recompte	1	5	2	28	2	1	0	2	0	41	
	% del total	0,3%	1,3%	0,5%	7,1%	0,5%	0,3%	0,0%	0,5%	0,0%	10,4%	
NS/NC	Recompte	0	21	15	82	9	2	6	16	1	152	
	% del total	0,0%	5,3%	3,8%	20,8%	2,3%	0,5%	1,5%	4,1%	0,3%	38,6%	
Total	Recompte	2	63	46	199	22	6	12	42	2	394	
	% del total	0,5%	16,0%	11,7%	50,5%	5,6%	1,5%	3,0%	10,7%	0,5%	100,0%	

Taula 12. Posició econòmica i taxa de medicaments per grups de fàrmacs.

Proves del txi-quadrat

	Valor	gl	Significació asintòtica (bilateral)
Txi-quadrat de Pearson	31,890 ^a	32	,472
Raó de versemblança	36,534	32	,266
Asociació lineal per lineal	,847	1	,357
Nº de casos vàlids	394		

a. 26 caselles (57,8%) han esperat un recompte menor que 5. El recompte mínim esperat és ,21.

$$(X^2=(gl)=32(p=0,472))$$

Taula 12.1. Proves del txi-quadrat.

Mesures simètriques

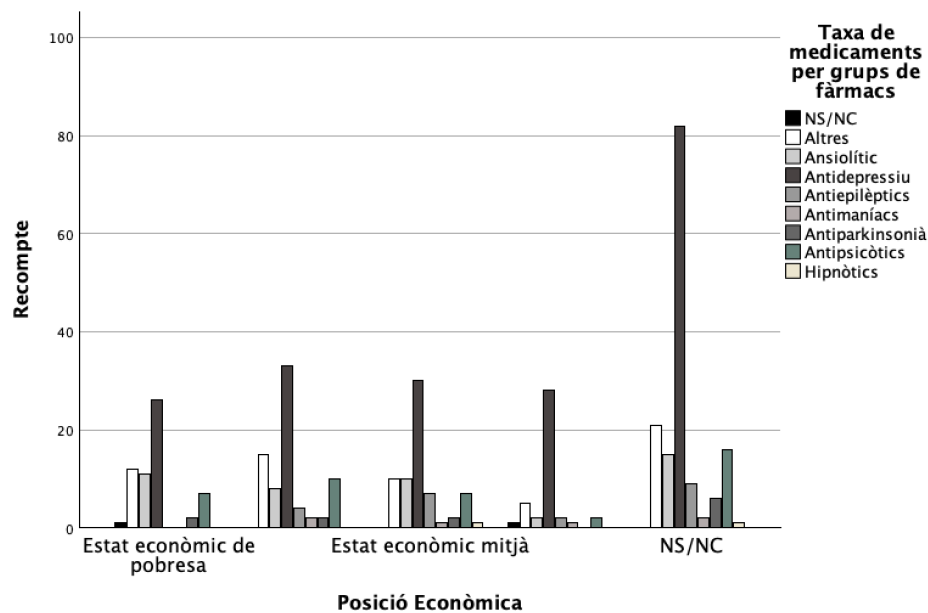
	Valor	Significació aproximada
Nominal per Nominal	Coefficient de contingència	,274
Nº de casos vàlids		394

Taula 12.2. Mesures simètriques.

Resum de processament de casos

	Vàlids		Casos Perduts		Total	
	N	Percentatge	N	Percentatge	N	Percentatge
Posició Econòmica * Taxa de medicaments per grups de fàrmacs	394	3,6%	10476	96,4%	10870	100,0%

Taula 12.3. Resum de processament de casos.



Gràfica 12. Posició econòmica i taxa de medicaments per grups de fàrmacs.

3. Identificar els factors que impliquen major risc a sentir patiment psíquic en la població adulta de Colòmbia, tenint en compte tots els determinants de la salut.

En la regressió logística ordinal utilitzada, s'han posat a examen les diverses variables independents amb la finalitat d'observar la influència de les variables independents envers el patiment psíquic, considerant aquesta com la variable dependent.

Les dades estadístiques presenten que el model de regressió logística ordinal s'ajusta adequadament, pel fet que el logaritme de la versemblança és més baix en el model final comparant-lo amb el model d'intersecció. El model final mostra que la prova txi-quadrat és significativa, amb un valor de 77,707, el que suggereix que hi ha una relació estadísticament significativa entre les variables independents i el patiment psíquic. La idoneïtat del model, també s'ha demostrat les proves de Pearson i la desviació. Tant el txi-quadrat de Pearson (1246,001) com la desviació (623,794) són significatives, donant suport així, a la capacitat del model per explicar el patiment psíquic. L'anàlisi dels pseudo R

quadrats (Cox i Snell, Nagelkerke i McFadden) ens informen sobre la bondat d'ajust del model. Els valors obtinguts 0,179, 0,211 i 0,104, respectivament, han plantejat que el model explica en una proporció moderada la variabilitat en el patiment psíquic.

Per començar, els esdeveniments traumàtics han mostrat una estimació de 0,699, i una significació estadística de p inferior a 0,001, això indica que els esdeveniments traumàtics tenen un impacte significatiu en el patiment psíquic. A més dels esdeveniments traumàtics, el sexe també va mostrar ésser una variable rellevant. Amb una estimació de 0,527 i una significança de 0,013, evidenciant l'impacte significatiu en el patiment psíquic. D'altra banda, la variable de taxa de consum de psicofàrmacs per grup de medicaments ha relatat una estimació de 0,062, però un valor de p de 0,293 i, per tant, no es pot aprovar la relació significativa amb el patiment psíquic.

Els vincles històrics familiars, es va obtenir una estimació de 0,029, però sense mostrar una significació estadística, ja que el valor de p és de 0,800. Es conclou que aquesta variable no és de les que té un impacte més significatiu en el patiment psíquic. Tant la posició econòmica com el nivell educatiu presenten estimacions de 0,027 i -0,142, respectivament, però no es pot demostrar estadísticament, en ambdós casos, la significança relativa amb valors de p de 0,682 i 0,220. Per tant, aquestes variables tampoc esdevindrien les que més tenen impacte en el patiment psíquic. Al contrari que la regió a la qual pertany l'habitatge, que ha mostrat una estimació de 0,403 i una significança de 0,020, el que indica que aquesta variable té un impacte significatiu en el patiment psíquic.

Per acabar, el nivell de l'estat de salut presenta una estimació de -0,196, però es pot trobar un valor significatiu a escala estadística, de la significança, presentant un valor de p de 0,530. Suggestint que aquesta variable no té un impacte tan significatiu en el patiment psíquic. Finalment, podem concloure que les variables "Esdeveniments traumàtics", "Sexe" i "Regió a la qual pertany l'habitatge" tenen un major impacte significatiu en el patiment psíquic, mentre que les altres variables no presenten una relació estadísticament significativa amb aquesta variable dependent.

Resum de processament de casos

		N	Percentatge marginal
Patiment Psíquic	No hi ha patiment psíquic	151	38,3%
	Risc a sentir patiment psíquic	206	52,3%
	Patiment psíquic lleu	35	8,9%
	Patiment psíquic sever	2	0,5%
Esdeveniments Traumàtics	No ha patit cap esdeveniment traumàtic	241	61,2%
	Ha patit un o més esdeveniments traumàtics	150	38,1%
	NS/NC	3	0,8%
Edat	De 18 a 44 anys	230	58,4%
	De 45 a 64 anys	116	29,4%
	De 65 o més	48	12,2%
Regió	Atlàntica	67	17,0%
	Bogotá	234	59,4%
	Oriental	93	23,6%
Sexe	Home	138	35,0%
	Dona	256	65,0%
Taxa de medicaments per grups de fàrmacs	NS/NC	2	0,5%
	Altres	63	16,0%
	Ansiolític	46	11,7%
	Antidepressiu	199	50,5%
	Antiepilèptics	22	5,6%
	Antimaníacs	6	1,5%
	Antiparkinsonià	12	3,0%
	Antipsicòtics	42	10,7%
Hipnòtics	2	0,5%	
Vincles històrics familiars	No nega relacions afectives familiars	196	49,7%
	Funcionalitat familiar	142	36,0%
	Disfuncionalitat lleu	33	8,4%
	Disfuncionalitat moderada	15	3,8%
	Disfuncionalitat severa	8	2,0%
Posició Econòmica	Estat econòmic de pobresa	59	15,0%
	Estat econòmic de vulnerabilitat	74	18,8%
	Estat econòmic mitjà	68	17,3%
	Estat econòmic alt	41	10,4%
	NS/NC	152	38,6%
Nivell de l'estat de Salut	Pateix una o més patologies cròniques	199	50,5%
	NS/NC	195	49,5%
Nivell Educatiu	NS/NC	5	1,3%
	Cap/Primària	107	27,2%
	Secundària	211	53,6%
	Tècnica/Tecnòloga	36	9,1%
	Universitària	35	8,9%
Vàlids		394	100,0%
Perduts		10476	
Total		10870	

Taula 13. Patiment psíquic i determinants de la salut.

Estimacions de paràmetres

		Estimació	Desv. Error	Wald	gl	Sig.	Interval de confiança 95%	
							Límit inferior	Límit superior
Llindar	No hi hapatiment psíquic	1,501	,800	3,521	1	,061	-,067	3,069
	Risc a sentir patiment psíquic	4,441	,834	28,315	1	<,001	2,805	6,076
	Patiment psíquic lleu	7,480	1,084	47,656	1	<,001	5,357	9,604
Ubicació	Esdeveniments Traumàtics	,699	,209	11,128	1	<,001	,288	1,109
	Sexe	,527	,212	6,161	1	,013	,111	,943
	Taxa de consum de psicofarmacis per grups de medicaments	,062	,059	1,106	1	,293	-,053	,176
	Vincles històrics familiars	,029	,114	,064	1	,800	-,195	,253
	Posició Econòmica	,027	,066	,167	1	,682	-,103	,157
	Nivell Educatiu	-,142	,116	1,503	1	,220	-,368	,085
	Regió	,403	,173	5,407	1	,020	,063	,743
	Nivell de l'estat de salut	-,196	,101	3,736	1	,053	-,394	,003

Funció d'enllaç: Logit.

Taula 13.1. Estimacions de paràmetres.

Informació d'ajust dels models

Model	Logaritme de la versemblança -2	Txi-quadrat	gl	Sig.
Només intersecció	723,165			
Final	645,458	77,707	28	<,001

Funció de l'enllaç: Logit.

Taula 13.2. Informació d'ajust dels models.

Bondat d'ajust

	Txi-quadrat	gl	Sig.
Pearson	1246,001	1046	<,001
Desvianza	623,794	1046	1,000

Funció de l'enllaç: Logit.

Taula 13.3. Bondat d'ajust.

Pseudo R quadrat

Cox y Snell	,179
Nagelkerke	,211
McFadden	,104

Funció de l'enllaç: Logit.

Taula 13.4. Pseudo R quadrat.

4. Conèixer el grau d'associació entre els esdeveniments traumàtics i la posició econòmica.

A la població adulta de Colòmbia, el 10,0% de la població es troba en estat econòmic de pobresa, el 5,8% en estat de vulnerabilitat, el 5,3% en estat econòmic mitjà i el 2,2% en estat econòmic alt han experimentat un o més esdeveniments traumàtics. Respecte de les residents adultes de Colòmbia que no han viscut cap esdeveniment traumàtic, s'ha pogut evidenciar com un 14,5% correspon a l'estat econòmic de pobresa, un 8,2% representa l'estat de vulnerabilitat, un 7,3% l'estat mitjà i un 2,8% l'alt.

L'anàlisi estadística del txi-quadrat mostra un valor de 0,144 ($X^2=(gl)=8(p=0,144)$), el qual determina que no hi ha prou suport estadístic per confirmar una associació significativa entre les variables d'esdeveniments traumàtics i la posició econòmica. El coeficient de contingència presenta un nivell de significació de 0,144 i un valor de 0,033, indicant així que, tot i que el valor del coeficient de contingència suggereix una certa relació entre les variables, aquesta relació no és estadísticament significativa al nivell de significació del 0,144. No hi ha prou evidència per afirmar que la relació observada entre les variables és més que el que es podria esperar per atzar.

Taula creuada entre Posició Econòmica i Esdeveniments Traumàtics

		Esdeveniments Traumàtics			NS/NC	Total
		No ha patit cap esdeveniment traumàtic	Ha patit un o més esdeveniments traumàtics			
Posició Econòmica	Estat econòmic de pobresa	Recòmpte	1579	1085	24	2688
		% del total	14,5%	10,0%	0,2%	24,7%
	Estat econòmic de vulnerabilitat	Recòmpte	895	634	14	1543
		% del total	8,2%	5,8%	0,1%	14,2%
	Estat econòmic mitjà	Recòmpte	796	571	16	1383
		% del total	7,3%	5,3%	0,1%	12,7%
	Estat econòmic alt	Recòmpte	309	244	8	561
		% del total	2,8%	2,2%	0,1%	5,2%
	NS/NC	Recòmpte	2838	1802	55	4695
		% del total	26,1%	16,6%	0,5%	43,2%
Total	Recòmpte	6417	4336	117	10870	
	% del total	59,0%	39,9%	1,1%	100,0%	

Taula 14. Patiment psíquic i determinants de la salut.

Proves de txi-quadrat

	Valor	gl	Significació asintòtica (bilateral)
Txi-quadrat de Pearson	12,158 ^a	8	,144
Raó de versemblança	12,156	8	,144
Asociació lineal per lineal	1,726	1	,189
Nº de casos vàlids	10870		

a. 0 caselles (0,0%) han esperat un recòmpte més petit que 5. El recòmpte mínim esperat és 6,04.

Mesures simètriques

		Valor	Significació aproximada
Nominal per Nominal	Coefficient de contingència	,033	,144
Nº de casos vàlids		10870	

Taula 14.2. Mesures simètriques.

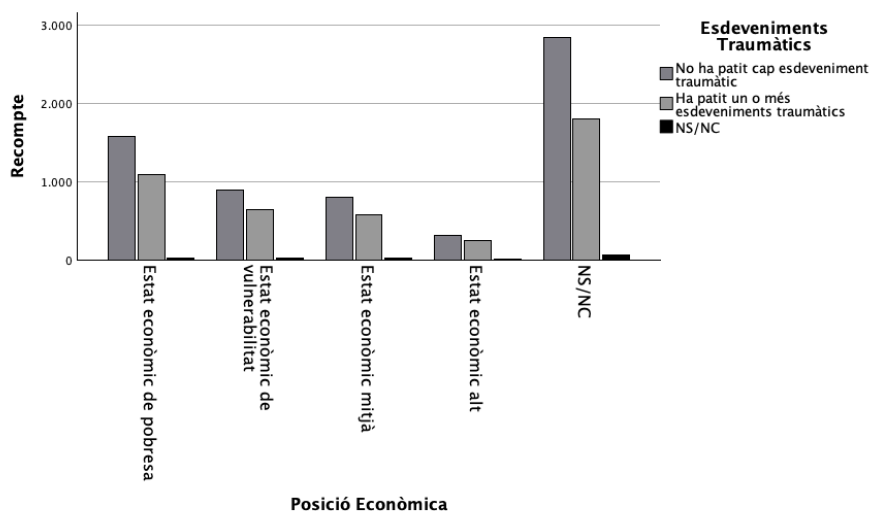
$$(X^2=(gl)=8(p=0,144))$$

Taula 14.1. Proves del txi-quadrat.

Resum de processament de casos

	Vàlids		Casos Perduts		Total	
	N	Percentatge	N	Percentatge	N	Percentatge
Posició Econòmica * Esdeveniments Traumàtics	10870	100,0%	0	0,0%	10870	100,0%

Taula 14.3. Resum de processament de casos.



Gràfica 13. Posició econòmica i esdeveniments traumàtics.

5. Determinar l'impacte de les desigualtats de gènere en les desigualtats en l'àmbit de la salut mental, en relació a la població adulta de Colòmbia.

5. 1. Posició econòmica, gènere i patiment psíquic.

En aquesta taula es pretén determinar l'impacte de les desigualtats de gènere i la posició econòmica en el patiment psíquic. Per a les dones en estat econòmic de pobresa, el 36,5% no ha experimentat patiment psíquic, el 54,2% té risc de sentir patiment psíquic, el 9,2% pateix patiment psíquic lleu i només el 0,1% pateix patiment psíquic sever. En el cas de les dones en estat econòmic de vulnerabilitat, el 41,4% no ha experimentat patiment psíquic, el 51,2% té risc de sentir patiment psíquic, el 7,4% pateix patiment psíquic lleu i cap d'elles pateix patiment psíquic sever. Pel que fa a les dones en estat econòmic mitjà, el 37,7% no ha experimentat patiment psíquic, el 52,8% té risc de sentir patiment psíquic, el 9,4% pateix patiment psíquic lleu i el 0,1% pateix patiment psíquic sever. Finalment, per a les dones en estat econòmic alt, el 46,4% no ha experimentat patiment psíquic, el 49,3% té risc de sentir patiment psíquic, el 4,3% pateix patiment psíquic lleu i cap d'elles pateix patiment psíquic sever.

Pel que fa a la població masculina, en l'estat econòmic de pobresa, el 42,2% no ha experimentat patiment psíquic, el 51,7% té risc de sentir patiment psíquic, el 6,1% pateix patiment psíquic lleu i només el 0,1% pateix patiment psíquic sever. En l'estat econòmic de vulnerabilitat, el 46,0% dels homes no ha experimentat patiment psíquic, el 50,7% té risc de sentir patiment psíquic, el 3,3% pateix patiment psíquic lleu i cap d'ells pateix patiment psíquic sever. Pel que fa als homes en estat

econòmic mitjà, el 45,9% no ha experimentat patiment psíquic, el 51,1% té risc de sentir patiment psíquic, el 2,8% pateix patiment psíquic lleu i el 0,3% pateix patiment psíquic sever. Finalment, en l'estat econòmic alt, el 49,7% dels homes no ha experimentat patiment psíquic, el 45,7% té risc de sentir patiment psíquic, el 4,3% pateix patiment psíquic lleu i el 0,3% pateix patiment psíquic sever.

En aquest nivell estadístic, l'anàlisi del txi-quadrat per investigar la relació entre les desigualtats de gènere, la posició econòmica i el patiment psíquic en dones i homes. Els resultats de l'anàlisi del txi-quadrat en dones mostra que hi ha un grau de llibertat de 12 i un nivell de significació de 0,004. Aquest valor és inferior al nivell de significació establert de 0,05, el que indica que hi ha una relació significativa entre les desigualtats de gènere, la posició econòmica i el patiment psíquic en les dones. Per contra, en els homes l'anàlisi del txi-quadrat mostra que s'ha obtingut un grau de llibertat de 12 i un nivell de significació inferior a 0,001. Fet que implica que hi ha una relació significativa entre les desigualtats de gènere, la posició econòmica i el patiment psíquic en els homes. Podem concloure que els resultats de l'anàlisi del txi-quadrat indiquen que hi ha una relació estadísticament significativa entre les desigualtats de gènere, la posició econòmica i el patiment psíquic, tant en les dones com en els homes. Aquesta informació afirma que aquestes variables estan interrelacionades i que hi pot haver factors socioeconòmics i de gènere que influeixen en la salut mental.

Sexe	Dona	Posició Econòmica	Estat econòmic de pobresa	Patiment Psíquic							
				No hi ha patiment psíquic		Risc a sentir patiment psíquic		Patiment psíquic lleu		Patiment psíquic sever	
				Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila
	Dona	Posició Econòmica	Estat econòmic de pobresa	514	36,5%	762	54,2%	129	9,2%	2	0,1%
			Estat econòmic de vulnerabilitat	297	41,4%	367	51,2%	53	7,4%	0	0,0%
			Estat econòmic mitjà	187	37,2%	290	57,7%	25	5,0%	1	0,2%
			Estat econòmic alt	98	46,4%	104	49,3%	9	4,3%	0	0,0%
			NS/NC	1376	37,7%	1925	52,8%	344	9,4%	3	0,1%
	Home	Posició Econòmica	Estat econòmic de pobresa	540	42,2%	662	51,7%	78	6,1%	1	0,1%
			Estat econòmic de vulnerabilitat	380	46,0%	419	50,7%	27	3,3%	0	0,0%
			Estat econòmic mitjà	404	45,9%	450	51,1%	25	2,8%	1	0,1%
			Estat econòmic alt	174	49,7%	160	45,7%	15	4,3%	1	0,3%
			NS/NC	409	39,1%	542	51,8%	93	8,9%	3	0,3%

Taula 15. Posició econòmica, patiment psíquic i sexe.

Proves de txi-quadrat de Pearson

Sexe	Dona	Posició Econòmica	Patiment Psíquic	
			Txi-quadrat	Sig.
	Dona	Posició Econòmica	Txi-quadrat	29,288
			Sig.	,004 ^{a,b,c}
	Home	Posició Econòmica	Txi-quadrat	59,510
			Sig.	<,001 ^{a,b,c}

Els resultats es basen en files i columnes no buides a cada subtaula més interna.

*. L'estadística de txi-quadrat és significatiu al nivell ,05.

b. Més del 20% de les caselles d'aquesta subtaula havien previst recomptes de caselles menors que 5. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

c. El recompte de casella mínim previst en aquesta subtaula és menor que un. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

$$(X^2=(g)l)=12(p=0,004)$$

$$(X^2=(g)l)=12(p=<0,001)$$

Taula 15.1. Proves del txi-quadrat.

5.2. Taxa de psicofàrmacs, gènere i posició econòmica.

En aquest apartat l'objectiu és examinar l'impacte de la posició econòmica i el gènere en la taxa de consum de psicofàrmacs en la població adulta de Colòmbia. En relació amb els homes, en l'estat econòmic de pobresa, un 11,8% prenen ansiolítics, un 58,8% prenen antidepressius, un 5,9% prenen antipsicòtics i un 11,8% prenen altres fàrmacs. En l'estat econòmic de vulnerabilitat, un 16% prenen ansiolítics, un 52% prenen antidepressius, un 12% prenen antipsicòtics i un 12% prenen altres fàrmacs. Pel que fa a l'estat econòmic mitjà, un 8,1% prenen ansiolítics, un 54,1% prenen antidepressius, un 10,8% prenen antipsicòtics i un 10,8% prenen altres fàrmacs. Finalment, en l'estat econòmic alt, un 8,7% prenen ansiolítics, un 69,6% prenen antidepressius, un 4,3% prenen antipsicòtics i un 8,7% prenen altres fàrmacs.

Les dones, en l'estat econòmic de pobresa, un 23,8% prenen altres fàrmacs, un 21,4% prenen ansiolítics, un 38,1% prenen antidepressius i un 14,3% prenen antipsicòtics. En l'estat econòmic de vulnerabilitat, un 24,5% prenen altres fàrmacs, un 8,2% prenen ansiolítics, un 40,8% prenen antidepressius i un 14,3% prenen antipsicòtics. Pel que fa a l'estat econòmic mitjà, un 19,4% prenen altres fàrmacs, un 22,6% prenen ansiolítics, un 32,3% prenen antidepressius i un 9,7% prenen antipsicòtics. Finalment, en l'estat econòmic alt, un 16,7% prenen altres fàrmacs, un 0% prenen ansiolítics, un 66,7% prenen antidepressius i un 5,6% prenen antipsicòtics.

Finalment, els resultats estadístics en el cas dels homes, el gradient de limitació de 32 amb una significació de 0,931 indica que no hi ha una relació significativa entre la posició econòmica i el consum de psicofàrmacs en aquest grup. Això ens indica que les divergències observades en les taxes de consum de psicofàrmacs entre els diferents nivells econòmics poden ser atribuïdes al més pur atzar i no a una relació causal.

En el cas de les dones, es considera un gradient de limitació de 32, la significació és de 0,066. Això pot indicar una relació significativa entre la posició econòmica i el consum de psicofàrmacs en les dones, però la força estadística és lleugerament més feble en comparació amb els homes. El que suggereix que les diferències considerades en les taxes de consum de psicofàrmacs entre els diferents nivells econòmics en les dones poden tenir una certa relació causal, però es requeriria més investigació per corroborar millor aquesta relació.

Sexe	Home	Posició Econòmica	Estat econòmic de pobresa	Taxa de medicaments per grups de fàrmacs																	
				NS/NC		Altres		Ansiolític		Antidepressiu		Antiepiàptics		Antimaniacs		Antiparkinsonià		Antipsicòtics		Hipnòtics	
				Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila
			Estat econòmic de pobresa	1	5,9%	2	11,8%	2	11,8%	10	58,8%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,9%	1	5,9%	0	0,0%
			Estat econòmic de vulnerabilitat	0	0,0%	3	12,0%	4	16,0%	13	52,0%	1	4,0%	0	0,0%	1	4,0%	3	12,0%	0	0,0%
			Estat econòmic mitjà	0	0,0%	4	10,8%	3	8,1%	20	54,1%	3	8,1%	1	2,7%	1	2,7%	4	10,8%	1	2,7%
			Estat econòmic alt	0	0,0%	2	8,7%	2	8,7%	16	69,6%	1	4,3%	1	4,3%	0	0,0%	1	4,3%	0	0,0%
			NS/NC	0	0,0%	7	19,4%	3	8,3%	17	47,2%	2	5,6%	1	2,8%	3	8,3%	3	8,3%	0	0,0%
			Estat econòmic de pobresa	0	0,0%	10	23,8%	9	21,4%	16	38,1%	0	0,0%	0	0,0%	1	2,4%	6	14,3%	0	0,0%
			Estat econòmic de vulnerabilitat	0	0,0%	12	24,5%	4	8,2%	20	40,8%	3	6,1%	2	4,1%	1	2,0%	7	14,3%	0	0,0%
			Estat econòmic mitjà	0	0,0%	6	19,4%	7	22,6%	10	32,3%	4	12,9%	0	0,0%	1	3,2%	3	9,7%	0	0,0%
			Estat econòmic alt	1	5,6%	3	16,7%	0	0,0%	12	66,7%	1	5,6%	0	0,0%	0	0,0%	1	5,6%	0	0,0%
			NS/NC	0	0,0%	14	12,1%	12	10,3%	65	56,0%	7	6,0%	1	0,9%	3	2,6%	13	11,2%	1	0,9%

Taulel 16. Posició econòmica, taxa de medicaments per grups de fàrmacs i sexe.

Proves del txi-quadrat

Sexe	Home	Posició Econòmica	Txi-quadrat	Taxa de medicaments per grups de fàrmacs
				21,034
			gl	32
			Sig.	,931 ^{a,b}
				44,826
			gl	32
			Sig.	,066 ^{a,b}

Els resultats es basen en files i columnes no buides a cada subtaulel més interna.

- a. Més del 20% de les caselles d'aquesta subtaulel havien previst recomptes de caselles menors que 5. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.
- b. El recompte de casella mínim previst en aquesta subtaulel és menor que un. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

$$(X^2=(gl)=32(p=0,931)) \quad (X^2=(gl)=32(p=0,066))$$

Taulel 16.1. Proves del txi-quadrat.

Objectiu 5.3.

5.3.1. Patiment psíquic, posició socioeconòmica i sexe (Veure resultat 5.1).

5.3.2. Patiment psíquic, esdeveniments traumàtics i sexe.

Pel que fa als homes, que no han experimentat cap esdeveniment traumàtic, el 50,3% d'ells no pateixen patiment psíquic, mentre que el 45,5% té risc d'experimentar-lo. Un 4,1% dels homes experimenta un patiment psíquic lleu i un 0,1% pateix un patiment psíquic sever. D'altra banda, quan han experimentat un o més esdeveniments traumàtics, el 33,6% dels homes no pateixen patiment psíquic, però el 59,2% té risc d'experimentar-ho. Així mateix, un 7,1% d'ells presenta un patiment psíquic lleu i un 0,2% presenta un patiment psíquic sever.

En relació amb les dones que no han experimentat cap esdeveniment traumàtic, el 43,7% d'elles no experimenten patiment psíquic, mentre que el 49,4% té risc d'experimentar-lo. El 6,9% de les dones pateix un patiment psíquic lleu, però no hi ha casos de patiment psíquic sever. Per altra banda, si han experimentat un o més esdeveniments traumàtics, el 30,5% de les dones no pateixen patiment psíquic, però el 58,4% té risc d'experimentar-ho. Finalment, el 10,8% d'elles presenta un patiment psíquic lleu i un 0,2% presenta un patiment psíquic sever.

L'anàlisi de txi-quadrat, en ambdós, s'observa un gradient de limitació de 6 amb una significació estadística asimptòtica bilateral de <0,001. Això confirma una relació estadísticament significativa entre els esdeveniments traumàtics i el patiment psíquic en els dos gèneres.

Sexe	Home	EsdevenimentsTraumatic	PatimentPsíquic							
			No hi ha patiment psíquic		Risc a sentir patiment psíquic		Patiment psíquic lleu		Patiment psíquic sever	
			Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila	Recuento	% del N de fila
		No ha patit cap esdeveniment traumàtic	1315	50,3%	1189	45,5%	108	4,1%	3	0,1%
		Ha patit un o més esdeveniments traumàtics	580	33,6%	1022	59,2%	122	7,1%	3	0,2%
		NS/NC	12	28,6%	22	52,4%	8	19,0%	0	0,0%
	Dona	No ha patit cap esdeveniment traumàtic	1661	43,7%	1877	49,4%	264	6,9%	0	0,0%
		Ha patit un o més esdeveniments traumàtics	797	30,5%	1524	58,4%	282	10,8%	6	0,2%
		NS/NC	14	18,7%	47	62,7%	14	18,7%	0	0,0%

Taula 17. Patiment psíquic, esdeveniments traumàtics i sexe.

Proves del txi-quadrat

Sexe	Home	Esdeveniments Traumàtics	Patiment Psíquic	
			Txi-quadrat	138,579
Dona		Esdeveniments Traumàtics	gl	6
			Sig.	<,001 ^{*,b,c}
			Txi-quadrat	147,247
		Esdeveniments Traumàtics	gl	6
			Sig.	<,001 ^{*,b,c}
			Txi-quadrat	147,247

Els resultats es basen en files i columnes no buides a cada subtaula més interna.

*. L'estadística de chi-quadrat és significatiu al nivell ,05.

b. Més del 20% de les caselles d'aquesta subtaula havien previst recomptes de caselles menors que 5. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

c. El recompte de casella mínim previst en aquesta subtaula és menor que un. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

$$(X^2=(gl)=6(p=<0,001)) \quad (X^2=(gl)=6(p=<0,001))$$

Taula 17.1. Proves del txi-quadrat.

5.3.3. Patiment psíquic, nivell de l'estat de salut i sexe.

En relació amb els homes que no presenten cap patologia crònica, un 47,6% no senten patiment psíquic, mentre que un 47,9% tenen risc d'experimentar patiment psíquic. Un 4,3% d'ells senten patiment psíquic lleu i un 0,2% presenten patiment psíquic sever. En el cas dels homes que pateixen una o més malalties cròniques, un 38,2% no senten patiment psíquic, un 54,9% tenen risc d'experimentar patiment psíquic, un 6,7% senten patiment psíquic lleu i un 0,2% presenten patiment psíquic sever.

D'altra banda, les dones que no presenten cap patologia crònica, un 40,5% no senten patiment psíquic, mentre que un 52,9% tenen risc d'experimentar patiment psíquic. A més, un 6,6% d'elles senten patiment psíquic lleu i no hi ha casos de patiment psíquic sever. En el cas de les dones que pateixen una o més malalties cròniques, un 34,4% no senten patiment psíquic, un 54,6% tenen risc d'experimentar patiment psíquic, un 10,9% senten patiment psíquic lleu i un 0,1% presenten patiment psíquic sever.

En ambdós sexes, constata un gradient de limitació de 6 amb una significació asimptota bilateral de <0,001, el que indica una relació estadísticament significativa entre les patologies cròniques i el patiment psíquic en tots dos gèneres.

Sexe	Home	Nivell de l'estat de salut		Patiment Psíquic							
				No hi ha patiment psíquic		Risc a sentir patiment psíquic		Patiment psíquic lleu		Patiment psíquic sever	
				Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila
	Home	Nivell de l'estat de salut	No presenta cap patologia crònica	551	47,6%	554	47,9%	50	4,3%	2	0,2%
			Pateix una o més patologies cròniques	855	38,2%	1229	54,9%	149	6,7%	4	0,2%
			NS/NC	501	50,6%	450	45,5%	39	3,9%	0	0,0%
	Dona	Nivell de l'estat de salut	No presenta cap patologia crònica	660	40,5%	861	52,9%	108	6,6%	0	0,0%
			Pateix una o més patologies cròniques	1159	34,4%	1843	54,6%	367	10,9%	5	0,1%
			NS/NC	653	44,0%	744	50,2%	85	5,7%	1	0,1%

Taula 18. Patiment psíquic, nivell de l'estat de salut i sexe.

Proves de txi-quadrat

Sexe	Home	Nivell de l'estat de salut	Txi-quadrat	Patiment Psíquic
				60,008
	Home	Nivell de l'estat de salut	gl	6
			Sig.	<,001 ^{a,b}
			Txi-quadrat	76,967
	Dona	Nivell de l'estat de salut	gl	6
			Sig.	<,001 ^{a,b}
			Txi-quadrat	76,967

Els resultats es basen en files i columnes no buides a cada subtaula més interna.

*. L'estadística de txi-quadrat és significatiu al nivell ,05.

b. Més del 20% de les caselles d'aquesta subtaula havien recomptes de caselles menors que 5. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

$$(X^2=(gl)=6(p=<0,001)) \quad (X^2=(gl)=6(p=<0,001))$$

Taula 18.1. Proves del txi-quadrat.

5.3.4. Patiment psíquic, regió a la qual pertany i sexe.

Amb relació als homes, de les persones que pertanyen a la regió central, un 41,9% no tenen patiment psíquic, mentre que un 52,5% tenen risc a sentir patiment psíquic. A més, un 5,4% d'ells senten patiment psíquic lleu i un 0,1% tenen patiment psíquic sever. Pel que fa a les persones de la regió atlàntica, un 47,9% no tenen patiment psíquic, un 47,8% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 4,3% senten patiment psíquic lleu i no hi ha casos de patiment psíquic sever. A Bogotà, un 41,7% de les persones no tenen patiment psíquic, un 51,9% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 6,2% senten patiment psíquic lleu i un 0,2% tenen patiment psíquic sever. A la regió oriental, un 46,4% de les persones no tenen patiment psíquic, un 47,8% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 5,6% senten patiment psíquic lleu i un 0,2% tenen patiment psíquic sever. A la regió pacífica, un 37,9% de les persones no tenen patiment psíquic, un 55,9% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 6,0% senten patiment psíquic lleu i un 0,2% tenen patiment psíquic sever.

Pel que fa a les dones que pertanyen a la regió central, un 34,5% no tenen patiment psíquic, mentre que un 56,0% tenen risc a sentir patiment psíquic. A més, un 9,4% d'elles senten patiment psíquic lleu i un 0,1% tenen patiment psíquic sever. Pel que fa a les persones de la regió atlàntica, un 43,9% no tenen patiment psíquic, un 49,7% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 6,4% senten patiment psíquic lleu i no hi ha casos de patiment psíquic sever. A Bogotà, un 35,7% de les persones no tenen patiment psíquic, un 54,2% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 9,9% senten patiment psíquic lleu i un 0,2% tenen patiment psíquic sever. A la regió oriental, un 41,1% de les persones no tenen patiment psíquic, un 51,9% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 7,0% senten patiment psíquic lleu i un 0,1% tenen patiment psíquic sever. A la regió pacífica, un 33,6% de les persones no tenen patiment psíquic, un 54,8% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 11,4% senten patiment psíquic lleu i un 0,2% tenen patiment psíquic sever.

L'anàlisi estadística reflecteix que, tant en homes com en dones, es registra un gradient de limitació de 12 amb una significació asimptota bilateral de 0,006 en el cas dels homes i <0,001 en dones. Confirmant, una relació estadísticament significativa entre les regions geogràfiques i el patiment psíquic en ambdós gèneres.

Sexe	Home	Regió a la qual pertany la vivenda	Patiment Psíquic							
			No hi ha patiment psíquic		Risc a sentir patiment psíquic		Patiment psíquic lleu		Patiment psíquic sever	
			Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila
		Central	380	41,9%	476	52,5%	49	5,4%	1	0,1%
		Atlàntica	468	47,9%	467	47,8%	42	4,3%	0	0,0%
		Bogotà	269	41,7%	335	51,9%	40	6,2%	1	0,2%
		Oriental	473	46,4%	487	47,8%	57	5,6%	2	0,2%
		Pacífica	317	37,9%	468	55,9%	50	6,0%	2	0,2%
		Central	437	34,5%	710	56,0%	119	9,4%	1	0,1%
	Dona	Atlàntica	607	43,9%	688	49,7%	89	6,4%	0	0,0%
		Bogotà	386	35,7%	586	54,2%	107	9,9%	2	0,2%
		Oriental	640	41,1%	808	51,9%	109	7,0%	1	0,1%
		Pacífica	402	33,6%	656	54,8%	136	11,4%	2	0,2%

Taula 19. Patiment psíquic, regió a la qual pertany l'habitatge i sexe.

Proves de txi-quadrat

Sexe	Home	Regió a la qual pertany la vivenda	Patiment Psíquic	
			Txi-quadrat	gl
			27,758	12
				,006 ^{a,b,c}
Dona			63,381	12
				<,001 ^{a,b,c}

Els resultats es basen en files i columnes no buides a cada subtaula més interna.

*. L'estadística de chi-quadrat és significatiu al nivell ,05.

b. Més del 20% de les caselles d'aquesta subtaula havien previst recomptes de caselles menors que 5. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

c. El recompte de casella mínim previst en aquesta subtaula és menor que un. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

$$(X^2=(gl)=12(p=0,006)) \quad (X^2=(gl)=12(p=<0,001))$$

Taula 19.1. Proves del txi-quadrat.

5.3.5. Patiment psíquic, nivell d'instrucció i sexe.

Els homes que no tenen cap titulació educativa o tenen l'educació primària, un 39,7% no sent patiment psíquic, mentre que un 53,4% té risc de sentir patiment psíquic. Un 6,8% d'ells senten patiment psíquic lleu i un 0,1% pateixen patiment psíquic sever. Entre les persones amb educació secundària, un 45,0% no sent patiment psíquic, un 50,0% té risc a sentir patiment psíquic, un 4,7% sent patiment psíquic lleu i un 0,2% pateixen patiment psíquic sever. Les persones amb educació tècnica o tecnològica tenen un 46,7% que no senten patiment psíquic, un 47,9% amb risc de sentir patiment psíquic, un 5,4% senten patiment psíquic lleu i no hi ha casos de patiment psíquic sever. Finalment, entre les persones amb educació universitària, un 48,4% no sent patiment psíquic, un 47,8% té risc de sentir patiment psíquic, un 3,8% sent patiment psíquic lleu i no hi ha casos de patiment psíquic sever.

En el cas de les dones, entre les persones que no tenen cap nivell educatiu o tenen l'educació primària, un 34,5% no senten patiment psíquic, mentre que un 54,5% tenen risc de sentir patiment psíquic. A més, un 10,9% d'elles senten patiment psíquic lleu i un 0,1% pateixen patiment psíquic sever. En canvi, entre les persones amb educació secundària, un 39,3% no senten patiment psíquic, un 52,5% tenen risc a sentir patiment psíquic, un 8,1% senten patiment psíquic lleu i un 0,1% pateixen patiment psíquic sever. Les persones amb educació tècnica o tecnològica tenen un 40,5% que no senten patiment psíquic, un 53,8% amb risc de sentir patiment psíquic, un 5,7% senten patiment psíquic lleu i no hi ha casos de patiment psíquic sever. Finalment, entre les persones amb educació universitària, un 45,5% no senten patiment psíquic, un 50,9% tenen risc de sentir patiment psíquic, un 3,6% senten patiment psíquic lleu i no hi ha casos de patiment psíquic sever.

El txi-quadrat revela que tant en homes com en dones, tenen un gradient de limitació de 9 amb una significació asimptota bilateral de 0,006 en el cas dels homes i <0,001 en el cas de les dones. Aquests resultats indiquen, una relació estadísticament significativa entre el nivell educatiu i el patiment psíquic tant en homes com en dones.

Sexe	Home	Nivell Educatiu	NS/NC	Patiment Psíquic								
				No hi ha patiment psíquic		Risc a sentir patiment psíquic		Patiment psíquic lleu		Patiment psíquic sever		
				Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	
	Home	NS/NC		18	58,1%	13	41,9%	0	0,0%	0	0,0%	
		Cap/Primària		651	39,7%	877	53,4%	111	6,8%	2	0,1%	
		Secundària		928	45,0%	1031	50,0%	97	4,7%	4	0,2%	
		Tècnica/Tecnològica		155	46,7%	159	47,9%	18	5,4%	0	0,0%	
		Universitària		155	48,4%	153	47,8%	12	3,8%	0	0,0%	
	Dona	NS/NC		33	45,8%	32	44,4%	7	9,7%	0	0,0%	
		Cap/Primària		817	34,5%	1289	54,5%	258	10,9%	2	0,1%	
		Secundària		1215	39,3%	1624	52,5%	249	8,1%	4	0,1%	
		Tècnica/Tecnològica		228	40,5%	303	53,8%	32	5,7%	0	0,0%	
			Universitària		179	45,5%	200	50,9%	14	3,6%	0	0,0%

Taula 20. Patiment psíquic, nivell educatiu i sexe.

Proves del Txi-quadrat

Sexe	Home	Nivell Educatiu	Txi-quadrat	Patiment Psíquic
			gl	26,959
			Sig.	12
				,008 ^{a,b,c}
	Dona	NivelEducativo	Txi-quadrat	53,470
			gl	12
			Sig.	<,001 ^{a,b,c}

Els resultats es basen en files i columnes no buides a cada subtaula més interna.

- *. L'estadística de txi-quadrat és significatiu al nivell ,05.
- b. Més del 20% de les caselles d'aquesta subtaula havien previst recomptes de caselles menors que 5. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.
- c. El recompte de casella mínim previst en aquesta subtaula és menor que un. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

$$(X^2=(gl)=12(p=0,008)) \quad (X^2=(gl)=12(p=<0,001))$$

Taula 20.1. Proves del txi-quadrat.

5.3.6. Patiment psíquic, vincles històrics familiars i sexe.

En els homes, aproximadament el 43,5% no experimenta patiment psíquic, mentre que un 50,6% té risc de sentir patiment psíquic. A més, un 5,8% pateix patiment psíquic lleu i un 0,1% presenta patiment psíquic sever. En analitzar els casos segons la funcionalitat familiar dels homes, es va trobar que un 44,9% de les persones amb funcionalitat familiar no experimenta patiment psíquic. D'altra banda, un 51,1% té risc de sentir patiment psíquic i un 4,0% pateix patiment psíquic lleu. No es van registrar casos de patiment psíquic sever en aquest grup. Pel que fa a les persones amb disfuncionalitat familiar lleu, es va determinar que un 42,6% dels homes no experimenta patiment psíquic. No obstant això, un 52,1% té risc de sentir patiment psíquic, i un 5,1% pateix patiment psíquic lleu. A més, un 0,2% presenta patiment psíquic sever. En el cas de les persones amb disfuncionalitat familiar moderada, es va observar que un 45,0% dels homes no experimenta patiment psíquic. D'altra banda, un 46,4% té risc de sentir patiment psíquic, mentre que un 8,1% pateix patiment psíquic lleu. A més, un 0,5% presenta patiment psíquic sever. Pel que fa a les persones amb disfuncionalitat familiar severa, s'ha identificat que un 27,7% dels homes no experimenta patiment psíquic. No obstant això, un 56,7% té risc de sentir patiment psíquic, i un 14,2% pateix patiment psíquic lleu. A més, s'ha registrat que un 1,4% presenta patiment psíquic sever.

D'altra banda, en les dones aproximadament el 37,4% no experimenta patiment psíquic en relació amb les relacions afectives familiars, front que un 54,5% té risc de sentir patiment psíquic. Un 8,0% pateix patiment psíquic lleu i un 0,1% presenta patiment psíquic sever. En analitzar els casos segons la funcionalitat familiar de les dones, es va determinar que un 41,2% no experimenta patiment psíquic, un 52,2% té risc de sentir patiment psíquic, i un 6,6% pateix patiment psíquic lleu. No es van

registrar casos de patiment psíquic sever en aquest grup. En relació amb les dones amb disfuncionalitat familiar lleu, es troba que un 39,6% no experimenta patiment psíquic. A més, un 49,8% té risc de sentir patiment psíquic, i un 10,5% pateix patiment psíquic lleu. A més, un 0,1% presenta patiment psíquic sever. En el cas de les dones amb disfuncionalitat familiar moderada, es determina que un 33,2% no experimenta patiment psíquic, mentre que un 53,9% té risc de sentir patiment psíquic. Un 12,9% pateix patiment psíquic lleu. No s'han registrat casos de patiment psíquic sever en aquest grup. Finalment, entre les dones amb disfuncionalitat familiar severa, s'observa que un 18,4% no experimenta patiment psíquic. D'altra banda, un 55,8% té risc de sentir patiment psíquic, i un 25,8% pateix patiment psíquic lleu. No s'han registrat casos de patiment psíquic sever en aquest grup.

En el cas dels homes, s'indica un gradient de limitació de 12, el que implica que en avaluar l'associació entre dues variables categòriques (per exemple, la variable "consum de psicofàrmacs" i la variable "patiment psíquic"), es va trobar una relació significativa entre elles. El valor de 12 representa la magnitud d'aquesta relació, la qual cosa indica una forta associació entre les variables analitzades en homes. S'informa d'una significació asimptòtica bilateral de <0.001, afirmant el resultat estadísticament significatiu i que la probabilitat de què els resultats es deguin a l'atzar és extremadament baixa, menor a 0.001, fet que reforça la validesa de l'associació trobada.

El cas de les dones és similar, ja que s'ha identificat un gradient de limitació de 12 i una significació asimptòtica bilateral de <0.001. El que suggereix una relació significativa entre les variables analitzades en dones, i que la probabilitat que aquests resultats siguin aleatoris és extremadament baixa.

Sexe	Home	Vincles històrics familiars		Patiment Psíquic							
				No hi ha patiment psíquic		Risc a sentir patiment psíquic		Patiment psíquic lleu		Patiment psíquic sever	
				Recòmpte	% del N de fila	Recòmpte	% del N de fila	Recòmpte	% del N de fila	Recòmpte	% del N de fila
			No nega relacions afectives familiars	841	43,5%	978	50,6%	112	5,8%	2	0,1%
			Funcionalitat familiar	740	44,9%	842	51,1%	66	4,0%	0	0,0%
			Disfuncionalitat lleu	193	42,6%	236	52,1%	23	5,1%	1	0,2%
			Disfuncionalitat moderada	94	45,0%	97	46,4%	17	8,1%	1	0,5%
			Disfuncionalitat severa	39	27,7%	80	56,7%	20	14,2%	2	1,4%
			No nega relacions afectives familiars	1066	37,4%	1555	54,5%	229	8,0%	4	0,1%
			Funcionalitat familiar	975	41,2%	1235	52,2%	156	6,6%	1	0,0%
			Disfuncionalitat lleu	268	39,6%	337	49,8%	71	10,5%	1	0,1%
			Disfuncionalitat moderada	123	33,2%	200	53,9%	48	12,9%	0	0,0%
			Disfuncionalitat severa	40	18,4%	121	55,8%	56	25,8%	0	0,0%

Taula 21. Patiment psíquic, vincles històrics familiars i sexe.

Proves del txi-quadrat

Sexe	Home	Vincles històrics familiars	Txi-quadrat	Patiment Psíquic
			gl	61,821
			Sig.	12
				<,001 ^{a,b,c}
	Dona	Vincles històrics familiars	Txi-quadrat	133,857
			gl	12
			Sig.	<,001 ^{a,b,c}

Els resultats es basen en files i columnes no buides a cada subtaula més interna.

*. L'estadística de txi-quadrat és significatiu al nivell ,05.

b. Més del 20% de les caselles d'aquesta subtaula havien previst recomptes de caselles menors que 5. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

c. El recompte de casella mínim previst en aquesta subtaula és menor que un. Els resultats del txi-quadrat podrien no ser vàlids.

$$(X^2=(gl)=12(p=<0,001)) \quad (X^2=(gl)=12(p=<0,001))$$

Taula 21.1. Proves del txi-quadrat.

5.4. Esdeveniments traumàtics, gènere i posició econòmica.

Aquest apartat té la finalitat d'analitzar com la posició econòmica i el gènere afecten la presència d'esdeveniments traumàtics en la població adulta de Colòmbia. En relació als homes, dins del grup de població en situació de pobresa econòmica, el 60,7% no ha patit cap esdeveniment traumàtic, mentre que el 38,6% ha experimentat un o més esdeveniments traumàtics al llarg de la seva vida. En el grup de persones en estat econòmic de vulnerabilitat, el 61,5% dels homes no ha patit cap esdeveniment traumàtic, enfront del 37,7% que ha patit un o més esdeveniments traumàtics. Pel que fa al grup de persones en una situació econòmica mitjana, el 57,6% dels homes no ha patit cap esdeveniment traumàtic, mentre que el 41,1% ha experimentat un o més esdeveniments traumàtics. En el col·lectiu social que es troba en un estat econòmic alt, el 55,7% dels homes no ha patit cap esdeveniment traumàtic, mentre que el 42,9% ha experimentat un o més esdeveniments traumàtics.

Pel que fa a les dones, en el grup poblacional que es troba en situació de pobresa econòmica, el 56,9% no ha patit cap esdeveniment traumàtic, enfront d'un 42,0% que ha experimentat un o més esdeveniments traumàtics al llarg de la seva vida. En el grup de persones en estat econòmic de vulnerabilitat, el 54,0% de les dones no ha patit cap esdeveniment traumàtic, mentre que el 45,0% ha experimentat un o més esdeveniments traumàtics. En el grup de dones en una situació econòmica mitjana, el 57,5% de les dones no ha patit cap esdeveniment traumàtic, mentre que el 41,6% ha experimentat un o més esdeveniments traumàtics. En el col·lectiu social que es troba en un estat econòmic alt, el 54,0% de les dones no ha patit cap esdeveniment traumàtic, mentre que el 44,5% ha experimentat un o més esdeveniments traumàtics.

Aquests resultats indiquen, en analitzar les proves del txi-quadrat, s'observa un gradient de limitació de 8 en homes, el que significa que hi ha una relació significativa entre la posició econòmica i la presència d'esdeveniments traumàtics en aquest grup. No obstant això, la significació obtinguda és de 0,489, la qual cosa indica que la relació no és molt forta.

D'altra banda, en dones, també s'ha trobat un gradient de limitació de 8, el que indica una relació significativa entre la posició econòmica i la presència d'esdeveniments traumàtics en aquest col·lectiu. En aquest cas, la significació és de 0,023 i, per tant, la relació és estadísticament més forta que en el cas dels homes. Suggestint que la posició econòmica pot tenir un impacte més pronunciat en la presència d'esdeveniments traumàtics en les dones. Aquestes troballes posen de manifest la importància de considerar el gènere i la posició econòmica en l'estudi dels esdeveniments traumàtics.

Sexe	Home	Posició Econòmica	Estat econòmic de pobresa	No ha patit cap esdeveniment traumàtic		Esdeveniments Traumàtics		NS/NC	
				Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila	Recompte	% del N de fila
			Estat econòmic de pobresa	778	60,7%	494	38,6%	9	0,7%
			Estat econòmic de vulnerabilitat	508	61,5%	311	37,7%	7	0,8%
			Estat econòmic mitjà	507	57,6%	362	41,1%	11	1,3%
			Estat econòmic alt	195	55,7%	150	42,9%	5	1,4%
			NS/NC	627	59,9%	410	39,2%	10	1,0%
	Dona	Posició Econòmica	Estat econòmic de pobresa	801	56,9%	591	42,0%	15	1,1%
			Estat econòmic de vulnerabilitat	387	54,0%	323	45,0%	7	1,0%
			Estat econòmic mitjà	289	57,5%	209	41,6%	5	1,0%
			Estat econòmic alt	114	54,0%	94	44,5%	3	1,4%
			NS/NC	2211	60,6%	1392	38,2%	45	1,2%

Taula 22. Posició econòmica, esdeveniments traumàtics i sexe.

Proves del txi-quadrat

Sexe	Home	Posició Econòmica	Txi-quadrat	Esdeveniments Traumàtics
			gl	7,447
			Sig.	,489
	Dona	Posició Econòmica	Txi-quadrat	17,724
			gl	8
			Sig.	,023*

Els resultats es basen en files i columnes no buides a cada subtaula més interna.

*. L'estadística de chi-quadrat és significatiu al nivell ,05.

$$(X^2=(gl)=8(p=0,489)) \quad (X^2=(gl)=8(p=0,023))$$

Taula 22.1. Proves del txi-quadrat.

6. Discussió

Durant molts anys s'ha cregut que seguir les normes socials i de convivència establertes era sinònim de tenir una bona salut mental. No obstant això, s'ha observat que els factors socials i culturals són fonamentals per al desenvolupament i manteniment de la malaltia mental. Ens referim a un àmbit cada vegada més reconegut com un aspecte d'impacte significatiu en el benestar individual, familiar i social. En les últimes dues dècades, el concepte de "salut mental" ha guanyat importància. Tot i que, encara és un àmbit amb un desenvolupament limitat i una varietat d'estudis de qualitat, rigor i pertinència diversa. És necessària una col·laboració interdisciplinària que tingui en compte la interacció de diversos fenòmens, com ara els factors biològics, ambientals, culturals i psicosocials.^(58,59)

Existeixen coincidències entre els resultats de l'estudi i les conclusions del destacat epidemiòleg expert en salut pública, Michael Marmot, que en el seu llibre "The Health Gap: The Challenge of an Unequal World", aborda la relació entre les desigualtats socials i la salut, centrant-se en les disparitats dels determinants socials de la salut i els seus efectes mentals; establint com els variables estatus econòmic, educació, ocupació, habitatge i accés a serveis de salut són factors crítics en les desigualtats en salut i afirmant com les persones de classes socials més baixes, tenen pitjor salut i com a conseqüència menor esperança de vida. Creu fortament que, l'equitat en salut és possible i necessària, no obstant això, les solucions exigeixen abordar, tant els factors individuals com els socials, sent necessària una acció global i coordinada per realitzar un abordatge integral. La correspondència dels determinants escollits crea una similitud en els resultats, tanmateix, aquest estudi s'hauria beneficiat d'un caire més formal si s'hagués pogut arribar a la creació d'indicadors de posició socioeconòmica o hauria pogut tenir en compte els determinants d'accés a la salut.⁽⁶⁰⁾

Moltes vegades, les troballes dels estudis d'investigació revelen dades molt importants. Autors destacats actuals com Ichiro Kawachi, en diverses investigacions com "Social Capital and Mental Health" (1997) i "Social Cohesion, Social Capital, and the Link Between Income Inequality and Health: A Multilevel Analysis of 26 Countries" (2008), o Richard Wilkinson i Kate Pickett, al seu llibre "The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone", presenten avenços on parlen del concepte de cohesió social i participació comunitària com a factors predictius de la salut mental, afirmant que la falta de cohesió social i la confiança reduïda són conseqüències de la desigualtat i estan relacionades amb una major incidència de malalties mentals.^(61,62,63) Durant la present investigació, s'aposta per una mirada més integral i holística, és per aquest motiu pel qual les respectives autores es veuen

sorpresa a causa de la falta d'inclusió d'aquests conceptes dins de l'Enquesta Nacional de Salut Mental de Colòmbia del 2015.

Sobre l'abús de psicofàrmacs com a primera alternativa terapèutica, aquest estudi va presentar una ferma posició, que estadísticament no s'ha pogut evidenciar. Tot i això, coincideixen amb l'atorgada per Bessel van der Kolk, al seu llibre "The Body Keeps the Score: Brain, Mind, and Body in the Healing of Trauma", que fa una crida a l'exponencial augment de l'administració de psicofàrmacs com a recurs prioritari abans d'explorar la causa subjacent, creant així individus amb sentiments de comprensió. L'origen d'aquesta defensa es remunta al concepte que assenyala l'autor per descriure l'afectació dels esdeveniments traumàtics en relació amb la salut mental, "partitura històrica", que evidència de manera ràpida, que les persones poden quedar profundament influenciades per esdeveniments que els acompanyaran al llarg de la seva vida. De fet, el cos conserva aquest relat com un registre durador llevat que es prenguin mesures per abordar la seva empremta. Fet que recolza la teoria obtinguda en aquest estudi, el qual ha desenvolupat un marc estadístic de significació i associació forta entre esdeveniments traumàtics i salut mental.⁽⁶³⁾

La introducció del terme d'"hipòtesi neomaterialista", construït per Richard Wilkinson y Kate Pickett al seu llibre "The Spirit Level: Why Equality is Better for Everyone", com a punt de reflexió en l'enfocament explicatiu de les desigualtats en salut, es correspon amb l'explicació directa dels nostres resultats envers l'afectació de la posició econòmica.⁽⁶²⁾ El terme sosté que la desigualtat d'ingressos no és en si mateixa la causa principal de les "patologies socials", sinó més aviat una manifestació d'un sistema econòmic institucional que posa menys èmfasi en la protecció de les persones. Aquesta perspectiva argumenta que la desigualtat d'ingressos és un símptoma d'un sistema econòmic que prioritza l'acumulació de riquesa i el creixement econòmic sense tenir en compte adequadament el benestar i la protecció de les persones. Segons aquesta visió, les desigualtats econòmiques extremes poden generar una sèrie de problemes socials, com la pobresa, la manca d'accés a serveis bàsics, la marginació social i la manca d'oportunitats. En lloc d'atribuir directament les "patologies socials" a la desigualtat d'ingressos, aquesta postura assenyala que el sistema econòmic institucional no garanteix una distribució equitativa de recursos i una protecció social adequada. Per tant, proposa que abordar les desigualtats i les problemàtiques socials requereix un enfocament més ampli que consideri les estructures econòmiques, les polítiques socials i les institucions encarregades de garantir la protecció de les persones. Aquesta posició argumenta que la desigualtat d'ingressos no és la causa directa de les "patologies socials", sinó una manifestació d'un sistema econòmic que no dona suficient protecció i benestar a les persones. Per abordar aquestes problemàtiques, es considera necessari

reformat les institucions econòmiques i socials, prioritzant així la protecció i el benestar de tots els individus.⁽⁶⁴⁾

Per altra banda, sobre la relació existent entre les desigualtats socials en salut mental i el gènere, a la qual aquest estudi ha donat resposta demostrant estadísticament la significació i associació de cadascun dels determinants escollits des d'una perspectiva de gènere, l'autora Carme Valls en el seu llibre "Mujeres invisibles para la medicina", coincideix amb el fet que la salut mental estigui condicionada pels factors socials i culturals té una influència diferent en homes i dones, ja que depèn dels rols i els estigmes que cada societat exigeix.⁽⁶⁵⁾ I afirma que, fins que les investigacions sobre la salut mental no s'avaluïn des d'una perspectiva de gènere i no es limitin a utilitzar el sexe com una variable més, no obtindrem respostes fiables, sinó només suposicions.^(66,67)

Com totes les investigacions, aquesta també ha tingut obstacles o contratemps que se n'han hagut d'anar acorant durant el camí, quasi totes elles, lligades a la disponibilitat de les dades obtingudes de l'enquesta. En primer lloc, es volia generar un coneixement objectiu que donés explicació a aquestes desigualtats, a través de l'accés a serveis de salut mental segons la posició econòmica. No obstant això, moltes vegades els recursos no estan a l'abast de les investigadores, pel fet que en aquest cas, la majoria de les respostes, respectives a les preguntes de l'ENSM 2015 que definien aquesta variable, corresponien a valors nuls, que indiquen que la pregunta no es va realitzar a la persona enquestada, per motius de no aplicabilitat o perquè la logística de l'enquesta indicava que no s'havia de realitzar. Assolint el mateix resultat per la creació de la variable de posició socioeconòmica. D'altra banda, les enquestes especialitzades en salut mental, no són abundants, és per aquest motiu que vàrem haver d'utilitzar l'enquesta que teníem al nostre abast, limitant l'anàlisi de dades a les 10.870 persones que portaven a cap l'enquesta, quan la població actual de Colòmbia és de 48.258.494 persones, per tant, resulta difícil l'extrapolació d'aquestes dades a la població total colombiana. Seguidament, la variable de taxa de consum de psicofàrmacs, conté un nombre de casos perduts molt elevat, que dificulta la seva anàlisi i li atorga un valor poc significatiu estadísticament. Superar aquestes dificultats implica replantejar-se constantment la línia d'investigació escollida prèviament. Finalment, considerem que hagués estat important introduir les variables més acurades, com estava plantejat en un principi, per poder enriquir-les amb més variabilitat de preguntes, que desafortunadament, amb la manca d'informació obtinguda, no s'han pogut dur a terme, fet que ha esdevingut una limitació important, que s'ha de tenir en compte a l'hora d'interpretar la informació proporcionada.⁽⁶⁷⁾

7. Conclusions

Aquest estudi té per objectiu l'estudi de les desigualtats socioeconòmiques i l'impacte que tenen en la salut mental de la població adulta de Colòmbia, donant èmfasi als diversos factors culturals, socials, educatius, geogràfics i familiars que determinen la salut d'una persona.

En relació amb els descobriments obtinguts amb l'impacte de la posició econòmica envers el patiment psíquic, es pot observar com les persones que es troben en un estat de pobresa, tenen un risc més elevat a sentir patiment psíquic en comparació amb altres grups econòmics. A més, es pot apreciar una tendència de disminució del risc de patiment psíquic a mesura que augmenta la posició econòmica.

S'ha pogut establir, també, una lleugera relació en l'ús de medicaments segons la posició econòmica de la població adulta de Colòmbia, mostrant un major ús en els grups amb una posició més baixa. No obstant això, la presència d'un gran nombre de casos perduts i la feblesa de l'associació entre les variables poden ser factors importants en aquesta manca de significació estadística i, per tant, els nostres resultats no són concloents en relació amb la hipòtesi plantejada vers la taxa de consum de psicofàrmacs. De la mateixa manera, l'anàlisi de les variables esdeveniments traumàtics i posició econòmica també revela una manca de suport estadístic per confirmar una associació significativa. És a dir, no hi ha prou evidència per afirmar que la relació observada entre les variables és més que el que es podria esperar per atzar.

Respecte al patiment psíquic, els resultats obtinguts han pogut evidenciar com els esdeveniments traumàtics i el sexe presenten un impacte més significatiu; mentre que altres variables com posició econòmica i estat de salut, no demostren una influència tan significativa estadísticament. Finalment, l'anàlisi de totes aquestes variables amb perspectiva de gènere, afirmen el crit d'auxili de moltes autores com la Carme Valls, d'analitzar la salut sempre des d'una perspectiva inclusiva, tenint en compte les divergències de gènere i, confirmant així, les magnituds de les desigualtats de gènere en la salut mental.

Les marcades evidències de relació entre els determinants socials i el patiment psíquic a la població de Colòmbia, fan evident la necessitat de restablir polítiques públiques, estratègies d'intervenció integrals i desvinculació de les estructures socials que permetin la redistribució dels recursos comunitaris per a la salut mental, establint una relació entre el vessant biològic, mèdic i social del concepte, amb la finalitat de plantar cara a aquest enfrontament històric.

8. Implicació a la pràctica professional

Aquestes troballes poden influir de forma significativa a la pràctica infermera, la comprensió de factors socials, culturals, econòmics i psicològics, són fonamentals pel desenvolupament de la salut mental, implicant que les professionals d'infermeria han d'integrar una conducta holística i integral en la seva atenció, no limitant-la l'individu, sinó a una conjunció d'influències per part del seu entorn social i cultural.

Perquè aquest procés es dugui a terme amb èxit, la col·laboració interdisciplinària és essencial per abordar els diversos fenòmens que influeixen a la salut mental d'una persona o col·lectiu. Les professionals d'infermeria, han de tenir una estreta col·laboració amb altres professionals de la salut, per proporcionar aquesta atenció integral, buscant la compressió i anàlisi de totes les dimensions del concepte, incloent-hi els factors biològics, ambientals, culturals i psicosocials.

És indispensable que les investigacions i els enfocaments de l'atenció en salut mental incloguin les perspectives de gènere i no es limitin a tractar el sexe com una variable més, sinó que examinin les influències socials i culturals específiques relacionades amb el gènere, quan parlem d'incloure el gènere, també ens referim a afegir al col·lectiu LGTBI+, per tal de poder començar a crear bibliografies científiques, espais segurs en l'àmbit de salut i abordatges inclusius que admetin a tota la població. A més, en relació amb altres temàtiques visualitzades en l'estudi, les professionals d'infermeria, juguen un paper molt important, a l'hora de promoure intervencions no farmacològiques, com ara la derivació a teràpia psicològica, el suport socials, la promoció i prevenció d'estils de vida i l'acompanyament en diversos processos, moments o situacions de vivències al llarg de la vida de les persones, abans de considerar l'ús de psicofàrmacs com a mètode terapèutic. Per tant, s'ha de defensar un enfocament més ampli i comprensiu que abordi les causes subjacents dels problemes de salut mental.

Com podem enfortir la col·laboració interdisciplinària entre les professionals que formen part del procés de cura de la salut mental? Quin impacte generen les nostres intervencions, com a professionals d'infermeria, en la reducció de l'estigmatització de les persones que senten patiment psíquic? Com podem millorar la capacitació i la formació de les professionals de la salut en relació amb la salut mental, per tal d'assolir una atenció de qualitat? Totes aquestes preguntes pretenen ser un punt de reflexió, que pot guiar les possibles investigacions infermeres futures per millorar la comprensió i la cura de les usuàries amb patiment psíquic.

9. Cronograma de l'estudi

	Octubre				Novembre				Desembre				Gener				Febrer				Març				Abril				Maig				Juny							
	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4	1	2	3	4
Tutories																																								
Sol·licitud provisional																																								
Assignació provisional																																								
Segona sol·licitud																																								
Assignació definitiva																																								
Objectius i hipòtesis																																								
Cronograma d'estudi																																								
Introducció i justificació																																								
Metodologia																																								
Revisió memòria de seguiment																																								
Correccions																																								
Lliurament de la memòria de seguiment																																								
Publicació notes parcials																																								
Redacció metodologia																																								
Anàlisi de dades																																								
Resultats																																								
Discussió																																								
Conclusions																																								
Implicació a la pràctica professional																																								
Resum / Abstract																																								
Revisió de la Memòria final																																								
Correccions																																								
Lliurament de la Memòria Final																																								
Preparació de la defensa																																								
Tribunal final																																								

10. Bibliografia

1. 1991, Las ideas. Método 4: Cultura y conocimiento.
2. Gavidia Catalán Valentín, Talavera Marta. La construcción del concepto de salud. Didáctica de las Ciencias Experimentales y Sociales [Internet]. 2012 Nov [Data de consulta: 5 de Febrer de 2023]; 22;0 (26):161-175. Disponible a: <https://www.uv.es/comsal/pdf/Re-Esc12-Concepto-Salud.pdf>
3. SANMARTIN, H. (1981). Manual de salud pública y medicina preventiva. Masson: Barcelona
4. Organización Mundial de la Salud. Preguntas más frecuentes [Internet]. www.who.int. 2021 [Data de consulta: 5 de Febrer de 2023];. Disponible a: <https://www.who.int/es/about/frequently-asked-questions>
5. Evaluación de la promoción de la salud, principios y perspectivas OPS.
6. Álvarez Pérez Adolfo Gerardo, García Fariñas Anaí, Bonet Gorbea Mariano. Conceptual and methodological guidelines to explain determinants of health in Cuba. Revista Cubana de Salud Pública. [Internet]. 2007 [Data de consulta: 5 de Febrer de 2023]; 33(2). Disponible a: <https://www.scielosp.org/article/rcsp/2007.v33n2/10.1590/S0864-34662007000200013/>
7. Arredondo, Armando. Análisis y Reflexión sobre Modelos Teóricos del Proceso Salud-Enfermedad. Process. [Internet]. jul/set, 1992 [Data de consulta: 7 de Febrer de 2023]; 8 (3): 254-261. Disponible a: <https://www.scielo.br/j/csp/a/8bsQRMHDrOqWspcjLfB8Qh/?format=pdf&lang=es>
8. Juarez, Fernando. El concepto de salud: Una explicación sobre su unicidad, multiplicidad y los modelos de salud. International Journal of Psychological Research [Internet]. 2011. [Data de consulta: 7 de Febrer de 2023]; 4 (1): 70-79. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/2990/299022819009.pdf>
9. Pozón, Sergio Ramos. Una propuesta de actualización del modelo bio-psico-social para ser aplicado a la esquizofrènia. Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2015 jul./sep [Data de consulta: 5 de Febrer de 2023]; 35 (127): 511-526. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352015000300005
10. Losardo, Ricardo Jorge; Bivignat-Gutiérrez, Octavio; Pando-Miranda, José Ramiro. Bernardino Ramazzini: un pionero de la medicina del trabajo. Asociación Médica Argentina [Internet]. 2019 [Data de consulta: 17 de Febrer de 2023]; 132 (4): 28-33. Disponible a: file:///C:/Users/Super/Downloads/Rev-4-2019_pag-28-33_Losardo.pdf
11. Gomis Blanco, Alberto. Bernardino Ramazzini y su entorno: Pensamiento, Ciencia y Medicina en el tránsito del Barroco a la Ilustración. Medicina y Seguridad del Trabajo [Internet]. 2014

- [Data de consulta: 18 de Febrer de 2023]; 60 (Supl 2): 16-25. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0465-546X2014000600003
12. Santos Padrón, Hilda. Los determinantes sociales, las desigualdades en salud y las políticas, como temas de investigación. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2011 Jun [Data de consulta: 19 de Febrer de 2023]; 37 (2): 135-144. Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662011000200007
13. Borrella, Carme; García-Calventeb, María del Mar; Martí-Boscàc, José V. La salud pública desde la perspectiva de género y clase social. Gaceta Sanitaria [Internet] 2004 May [Data de consulta: 18 de Febrer de 2023]; 13;18(Supl.1):2-6. Disponible a: <https://www.scielosp.org/pdf/gs/2004.v18suppl1/02-06/es>
14. Raventós Panyella, Sergi. Desigualtats socials i salut mental. Una proposta d'intervenció: la Renda Bàsica [TFG/TFM en internet]. Barcelona: Departament de Sociologia. Universitat Autònoma de Barcelona (UAB); 2008 [Data de consulta: 10 de Febrer de 2023]. Disponible a: https://ddd.uab.cat/pub/treecpro/2008/hdl_2072_12290/Treball_tesina_pdf.pdf
15. López Pardo, Cándido M. Conceptualización y valoración de la equidad en salud. Rev Cubana Salud Pública [Internet]. 2007 Sep [Data de consulta: 10 de Febrer de 2023]; 33(3). Disponible a: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662007000300005
16. Ubilla, Enrique. El concepto de salud mental en la obra de Erich Fromm. Rev Chilena Neuro-Psiquiatría [Internet] 2009 [Data de consulta: 10 de Febrer de 2023]; 47 (2): 153-162. Disponible a: <https://scielo.conicyt.cl/pdf/rchnp/v47n2/art08.pdf>
17. Organización Mundial de la Salud, OMS. Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático [Internet]. [Data de consulta: 12 de Febrer de 2023]. Disponible a: <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change>
18. Gallegos, M. Salud mental: Concepto Polisémico y transversal, Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO - Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Maig 2022. [Data de consulta: 20 de Febrer de 2023]. Disponible a: <https://www.scielo.br/j/csc/a/L8wqbLvbMqpMFpgMXTCRgxx/?lang=es>
19. World Health Organization and Mental Health and Substance Use. "MhGAP Operations Manual." Mental Health Gap Action Programme, 8 Gener 2018. ISBN: 978-92-4-151481-1.

- [Data de consulta: 20 de Febrer de 2023]. Disponible a: www.who.int/publications/i/item/mhgap-operations-manual
20. World Health Organization. MhGAP Mental Health Gap Action Programme Scaling up Care for Mental, Neurological, and Substance Use Disorders. ISBN 978 92 4 159620 6, 2008. [Data de consulta: 22 de Febrer de 2023]. Disponible a: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43809/9789241596206_eng.pdf
21. Gómez-Restrepo, Carlos, and Lisa A. Marsch. “Escalando Las Intervenciones En Salud Mental Para La Depresión Y El Uso Riesgoso de Alcohol En Colombia.” *Revista Colombiana de Psiquiatría*, vol. 50. Juny 2021. pp. 1–3. [Data de consulta: 21 de Febrer de 2023]. Disponible a: <https://doi.org/10.1016/j.rcp.2020.12.001>.
22. Carlos Gómez-Restrepo, Nathalie Tamayo-Martínez, Giancarlo Buitrago, Carol Cristina Guarnizo-Herreño, Nathaly Garzón-Orjuela, Javier Eslava-Schmalbach, Esther de Vriesa, Herney Rengifo, Andrea Rodríguez, Carlos Javier Rincón. “Violencia Por Conflicto Armado Y Prevalencias de Trastornos Del Afecto, Ansiedad Y Problemas Mentales En La Población Adulta Colombiana.”. www.elsevier.es. 2016 Desembre. [Data de consulta: 22 de Febrer de 2023]. Disponible a: www.elsevier.es/es-revista-revista-colombiana-psiquiatria-379-pdf-S0034745016301214.
23. Lee Knifton Open the ORCID record for Lee Knifton, Greig Inglis. “Poverty and Mental Health: Policy, Practice and Research Implications.” Cambridge University Press, 3 Agost 2020. [Data de consulta: 18 de Febrer de 2023]. Disponible a: www.cambridge.org/core/journals/bjpsych-bulletin/article/poverty-and-mental-health-policy-practice-and-research-implications/19B8515B721B6E4E14E5DA54587C10DB.
24. Kristin D. Mickelson and Stacey L. Williams. Perceived Stigma of Poverty and Depression: Examination of Interpersonal and Intrapersonal Mediators. Desembre 2008. [Data de consulta: 10 de Febrer de 2023]. Disponible a: doi.org/10.1521/jscp.2008.27.9.903.
25. B.F Skinner. Sobre el conductismo. Barcelona: Editorial Planeta-De Agostini,S.A; 1994.
26. Robert Frager i James Fadiman. Carl Rogers y la perspectiva centrada en la persona. 2na edició. Mèxic: Alfaomega Oxford; 2004.
27. Estrada AL. Teoría de la personalidad de Carl Rogers [Internet]. Usam.ac.cr. [Data de consulta: 12 de Febrer de 2023]. Disponible a: <http://repositorio.usam.ac.cr/xmlui/bitstream/handle/11506/1445/LEC%20PSIC%200076%202020.pdf?sequence=1>
28. Martorell JL. Laing y la psicoterapia. *Revista de Psiquiatría y Psicología Humanista* [Internet]. 1989 [Data de consulta: 20 de Febrer de 2023]; Disponible a:

- https://www.researchgate.net/profile/Jose-Martorell-2/publication/287023032_Laing_y_la_Psicoterapia/links/569d2dcd08aed27a702f9396/Laing-y-la-Psicoterapia.pdf
29. Laing RD. El yo dividido: Un estudio sobre la salud y la enfermedad. Fondo de Cultura Económica; 2015.
 30. Gartler SM, Riggs AD. Mammalian X-chromosome inactivation. Annu Rev Genet [Internet]. 1983;17(1):155–90. [Data de consulta: 20 de Febrer de 2023]; Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1146/annurev.ge.17.120183.001103>
 31. Casavilca-Zambrano Sandro, Cancino-Maldonado Karina, Jaramillo-Valverde Luis, Guio Heinner. Epigenética: la relación del medio ambiente con el genoma y su influencia en la salud mental. Rev Neuropsiquiatr [Internet]. 2019 Oct [Data de consulta: 16 de Febrer de 2023]; 82(4):266-273. Disponible a: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-85972019000400005&lng=es. <http://dx.doi.org/10.20453/rnp.v82i4.3648>.
 32. Durkheim E. El suicidio. Akal Ediciones; 1996.
 33. Miranda-Ruche X. Consideraciones estructurales para la intervención en salud mental: pobreza, desigualdad y cohesión social. Glob Soc Work [Internet]. 2018 [Data de consulta: 18 de Febrer de 2023];8(14):108–24. Disponible a: <https://repositori.udl.cat/items/f5839b56-e2f9-4986-be39-af2294d14be1>
 34. Ferrelli RM. Cohesión social como base para políticas públicas orientadas a la equidad en salud: reflexiones desde el programa EUROsociAL. Rev Panam Salud Publica [Internet]. 2015 [Data de consulta: 18 de Febrer de 2023];38(4):272–7. Disponible a: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v38n4/272-277/>
 35. Hernández-Holguín, D.M. Perspectivas conceptuales en salud mental y sus implicaciones en el contexto de Construcción de Paz en Colombia, Ciência & Saúde Coletiva. ABRASCO-Associação Brasileira de Saúde Coletiva. Març 2020. [Data de consulta: 16 de Febrer de 2023]. Disponible a: <https://www.scielo.br/j/csc/a/QdzWHwb63LP57wVCvvgSH7G/?lang=es>
 36. Stolkner, Alicia; Espinoza, Eduardo; Imaña, Emira; Rizzotto, María Lucia. Lazos entre la Asociación Latinoamericana de Medicina Social y el Movimiento por la Salud de los Pueblos. Saúde em Debate. [Internet]. 2020 Agosto [Data de consulta: 19 de Febrer de 2023]; 44 (spe1): 142–6. Disponible a: <https://www.scielo.br/j/sdeb/a/gD78gS3kgYqL46Rrf36Kcpn/?lang=es>
 37. Bernal, Oscar; Barbosa, Samuel. La nueva reforma a la salud en Colombia: el derecho, el aseguramiento y el sistema de salud. Salud pública Méx [Internet]. 2015 Oct [Data de

- consulta: 8 de Febrer de 2023]; 57 (5): 433-440. Disponible a:
https://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000500015
38. Álvarez Castaño, Luz Stella. El derecho a la salud en Colombia: una propuesta para su fundamentación moral. Rev Panamericana de Salud Pública. 2005 Agosto [Data de consulta: 8 de Febrer de 2023]; 18 (2) <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2005.v18n2/129-135/>
39. León-Giraldo S, Casas G, Cuervo-Sánchez JS, García T, González-Uribe C, Moreno-Serra R, et al. Trastornos de salud mental en población desplazada por el conflicto en Colombia: análisis comparado frente a la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Rev Colomb Psiquiatr (Engl) [Internet]. 2021;52(2):121–9. [Data de consulta: 10 de Febrer de 2023]; Disponible a: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0034745021000895>
40. LEY 142 DE 1994 Por la cual se establece el régimen de los servicios públicos domiciliarios y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. 11 de julio de 1994. [Data de consulta: 16 de Febrer de 2023]; Disponible a: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=2752>
41. LEY 1616 Por medio de la cual se expide la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones. Congreso de Colombia. 21 de enero de 2013. [Data de consulta: 10 de Febrer de 2023]; Disponible a: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/ley-1616-del-21-de-enero-2013.pdf>
42. Política Nacional de Salud Mental Ministerio de Salud y Protección Social. Ministerio de Salud y Protección Social. Bogotá. Resolución 4886 de 15 de noviembre de 2018. [Data de consulta: 10 de Febrer de 2023]; Disponible a: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/politica-nacional-salud-mental.pdf>
43. Gómez-Restrepo, Carlos (Dir). Encuesta de Salud Mental 2015, tomo 1. [Base de datos en línea]. [Data de consulta: 8 de Febrer de 2023]; Disponible a: https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO0311020_15-salud_mental_tomol.pdf
44. Martret RG. Vista de Per una altra semàntica del subjecte i el patiment psíquic. Revista d'Intervenció Socioeducativa [Internet]. 2020 [Data de consulta: el 26 de Febrer de 2023]; 93–115. Disponible a: <https://raco.cat/index.php/EducacioSocial/article/view/366598/466464>
45. Rómulo Lander. Un estudio sobre el sufrimiento psíquico. Instituto de psicoanálisis de Caracas. PSICOANÁLISIS XXIV (1); 111-116, 2012.

46. Sánchez Sánchez, Teresa. Sexo y género: una mirada interdisciplinar desde la psicología y la clínica. Rev. Asociación Española de Neuropsiquiatría [Internet]. 2020 Dic [Data de consulta: 8 de Febrer de 2023]; 40 (138): 87-114. Disponible a: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0211-57352020000200006&lang=es
47. Social ILP, De independientes N de ON de AN. Ingreso laboral promedio de la población ocupada según clases sociales Total nacional (2019-2021) [Internet]. Gov.co. [Data de consulta: 15 de Març de 2023]. Disponible a: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/boletines/ipc/ipc_rueda_prensa_jun22.pdf
48. Suarez Cuba Miguel A., Alcalá Espinoza Matilde. APGAR FAMILIAR: UNA HERRAMIENTA PARA DETECTAR DISFUNCIÓN FAMILIAR. Rev. Méd. La Paz [Internet]. 2014 ; 20(1): 53-57. [Data de consulta: 18 de Març de 2023]. Disponible a: http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-89582014000100010&lng=es.
49. FUOC. Análisis univariable y bivariable. Investigación descriptiva: análisis de información [Internet]. [Data de consulta: 22 de Març de 2023];36-48. Disponible a: http://cv.uoc.edu/moduls/UW03_84003_01131/web/nwin/m1/medidas_3.pdf
50. Espinosa Freire, Eudaldo Enrique. Las variables y su operacionalización en la investigación educativa. Parte I. Conrado [Internet]. 2023 feb [Data de consulta: 19 de Febrer de 2023]; 14, supl. 1, 39-49. Disponible http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1990-86442018000500039
51. Costea, Andreea, et al. Análisis de Las Desigualdades En Salud de La Población Adulta Española En 2011. 2016. [Data de consulta: 26 de Març de 2023]. Disponible a: <https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/114964/1/TFG-SOC-Costea-Andrea-juliol17.pdf>
52. Sánchez Ramos, Miguel Ángel. Uso metodológico de las tablas de contingencia en la ciencia política. Espacios Públicos [Internet]. 2005 Agosto [Data de consulta: 19 de Febrer de 2023]; 8, (16): 60-84. Disponible a: <https://www.redalyc.org/pdf/676/67681605.pdf>
53. Real Academia Española. Inferir. Diccionario de llengua espanyola, 23^a ed. Madrid. [versió en línia].Inferir. [Data de consulta: 19 de Febrer de 2023]; 2022. Disponible a: <https://dle.rae.es/inferir>
54. Real Academia Española. Estadístico/ca. Diccionario de llengua espanyola, 23^a ed. Madrid. [versió en línia].Inferir. [Data de consulta: 19 de Febrer de 2023]; 2022. Disponible a: <https://dle.rae.es/estad%C3%ADstico>

55. Juárez Moreno Pablo O., Cañedo Villarreal Roberto, Barragán Mendoza M^a del Carmen, Octaviano Juárez Romero. Un modelo de regresión logística ordinal para la determinación de los principales factores que influyen en la percepción de la calidad de vida en dos comunidades de Acapulco, Guerrero, México. Denarius. [Data de consulta: 28 de Març de 2023] Disponible a: <https://denarius.izt.uam.mx/index.php/denarius/article/view/53/41>
56. Arias Benítez M. Regresión ordinal y sus aplicaciones. 2018.
57. Sopena RB. Vista de Sobre la felicidad y el sufrimiento. Universitat Autònoma de Barcelona: Quaderns de Psicologia [Internet]. 2009 [Data de consulta: 15 d'Abril de 2023]; 11:11–6. Disponible a: <https://quadernsdepsicologia.cat/article/view/v11-n1-2-bayes/646>
58. Álvaro Jiménez Molina, Gabriel Abarca Brown, Cristian Montenegro. Vista de “No hay salud mental sin justicia social”: desigualdades, determinantes sociales y salud mental en Chile. Huamnidades y Psiquiatría [Internet]. 2019 [Data de consulta: 20 d'Abril de 2023];57:7–20. Disponible a: <https://revistas.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/65638/68872>
59. Enrique Cárdenas, César Juárez, Ricardo Moscoso, Joseph Vivas. Determinantes sociales en salud [Internet]. Esan; 2017 [Data de consulta: 20 d'Abril de 2023]. Disponible a: https://repositorio.esan.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12640/1215/SGD_61.pdf?sequence=1&isAllowed=y
60. Marmot M. The health gap: The challenge of an unequal world: The argument. Int J Epidemiol [Internet]. 2017;46(4):1312–8. [Data de consulta: 5 de Maig de 2023]; Disponible a: <https://academic.oup.com/ije/article/46/4/1312/4102087>
61. Hamano T, Fujisawa Y, Ishida Y, Subramanian SV, Kawachi I, Shiwaku K. Social capital and mental health in Japan: a multilevel analysis. PLoS One [Internet]. 2010;5(10):e13214. [Data de consulta: 8 de Maig de 2023]; Disponible a: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0013214>
62. Pickett K, Wilkinson R. The Spirit Level: Why equality is better for everyone. Penguin UK; 2010.
63. Van der Kolk B. The body keeps the score: Mind, brain and body in the transformation of trauma. Penguin UK; 2014.
64. Caicedo M. Trabajo y salud mental de latinoamericanos en Estados Unidos: más que una paradoja. 2019.
65. Llobet CV. Mujeres invisibles para la medicina. Capital Swing; 2020.
66. V. Nelly Salgado de Snyder RW. Envejeciendo en la pobreza: género, salud y calidad de vida. Instituto Nacional de Salud Pública [Internet]. 2003 [Data de consulta: 28 d'Abril de 2023];

Disponible a:

https://www.insp.mx/resources/images/stories/Produccion/pdf/100722_cp21.pdf

67. DANE - ¿Cuántos somos? [Internet]. Gov.co. [Data de consulta: 28 d'Abril de 2023].

Disponible a:

<https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/censo-nacional-de-poblacion-y-vivenda-2018/cuantos-somos>

11. Annexos

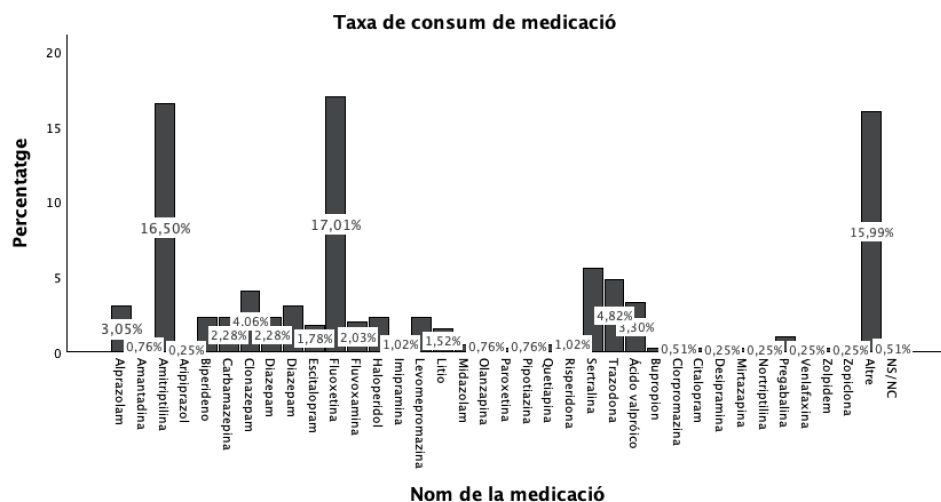
Annex 1.

GRUP DE MEDICAMENT	NOM DEL MEDICAMENT	
Ansiolítics	Alprazolam	Clonazepam
	Diazepam	Midazolam
	Pregabalina	
Antiepilèptics	Carbamazepina	
Antiparkinsonià	Amantadina	Biperideno
Antidepressius	Amitriptilina	Escitalopram
	Fluoxetina	Fluvoxamina
	Imipramina	Paroxetina
	Sertralina	Trazodona
	Bupropion	Citalopram
	Desipramina	Mirtzapina
	Nortriptilina	Venlafaxina
Antipsicòtics	Aripiprazol	Clozapina
	Haloperidol	Levomepromazina
	Olanzapina	Pipotiazina
	Quetiapina	Risperidona
	Clorpromazina	
Antiepilèptics	Ácido valpróico	
Antimaníacs	Litio	
Hipnòtics	Zolpidem	Zopiclona

Annex 2.

Taxa de consum de medicació

		Freqüència	Percentatge	Percentatge vàlid	Percentatge acumulat
Vàlid	Alprazolam	12	3,0	3,0	3,0
	Amantadina	3	,8	,8	3,8
	Amitriptilina	65	16,5	16,5	20,3
	Aripiprazol	1	,3	,3	20,6
	Biperideno	9	2,3	2,3	22,8
	Carbamazepina	9	2,3	2,3	25,1
	Clonazepam	16	4,1	4,1	29,2
	Clozapina	9	2,3	2,3	31,5
	Diazepam	12	3,0	3,0	34,5
	Escitalopram	7	1,8	1,8	36,3
	Fluoxetina	67	17,0	17,0	53,3
	Fluvoxamina	8	2,0	2,0	55,3
	Haloperidol	9	2,3	2,3	57,6
	Imipramina	4	1,0	1,0	58,6
	Levomepromazina	9	2,3	2,3	60,9
	Litio	6	1,5	1,5	62,4
	Midazolam	2	,5	,5	62,9
	Olanzapina	3	,8	,8	63,7
	Paroxetina	1	,3	,3	64,0
	Pipotiazina	3	,8	,8	64,7
	Quetiapina	2	,5	,5	65,2
	Risperidona	4	1,0	1,0	66,2
	Sertralina	22	5,6	5,6	71,8
	Trazodona	19	4,8	4,8	76,6
	Ácido valpróico	13	3,3	3,3	79,9
	Bupropion	1	,3	,3	80,2
	Clorpromazina	2	,5	,5	80,7
	Citalopram	1	,3	,3	81,0
	Desipramina	1	,3	,3	81,2
	Mirtazapina	1	,3	,3	81,5
	Nortriptilina	1	,3	,3	81,7
	Pregabalina	4	1,0	1,0	82,7
	Venlafaxina	1	,3	,3	83,0
	Zolpidem	1	,3	,3	83,2
	Zopiclona	1	,3	,3	83,5
	Altres	63	16,0	16,0	99,5
	No sap	2	,5	,5	100,0
	Total	394	100,0	100,0	



Annex 3.

DIRECTOR ENCUESTA

Carlos Gómez-Restrepo
Director del Departamento de Epidemiología Clínica y
Bioestadística y profesor titular, del Departamento de Psiquiatría
y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana

Subdirectoras científicas de áreas

Cecilia Escudero de Santacruz
Profesora titular, Pontificia Universidad Javeriana
Diana Matallana Eslava
Profesora titular, Pontificia Universidad Javeriana
Lina María González Ballesteros
Profesora instructora, Pontificia Universidad Javeriana
Viviana Rodríguez Romero
Profesora asistente, Pontificia Universidad Javeriana

Subdirectora de campo

Nelcy Rodríguez Malagón
Profesora asociada, Pontificia Universidad Javeriana

Asistente general

Nathalie Tamayo Martínez
Investigadora de la Pontificia Universidad Javeriana

COMITÉ TÉCNICO

Pontificia Universidad Javeriana

Carlos Gómez-Restrepo
Director Encuesta
Nelcy Rodríguez Malagón
Subdirectora de campo

Ministerio de Salud y Protección Social

Andrea Yanira Rodríguez Rodríguez
Profesional especializada de la Subdirección de Enfermedades
no Trasmisibles
Herney Alonso Rengifo Reina
Grupo de Gestión del Conocimiento y Fuentes de Información
de la Dirección de Epidemiología y Demografía
Nubia Esperanza Bautista Bautista
Profesional especializada. Coordinadora Grupo de Gestión
Integrada para la Salud Mental de la Subdirección de Enfermedades
no Trasmisibles

Colciencias

Elvia Elena Pérez Rojas
Programa Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud
Luisa Fernanda Cabezas Olave
Programa Nacional de Ciencia Tecnología e Innovación en Salud

APOYO AL COMITÉ TÉCNICO Y SUPERVISIÓN

Colciencias

Hilda Pacheco Gaitán

Ministerio de Salud y Protección Social

Angélica Fonseca
Jhon Jairo Quiñónez Muñoz
Jorge McDouall
Liliana Yaneth Gómez

Pontificia Universidad Javeriana

Jenny Alexandra Severiche Báez
Nathalie Tamayo Martínez
Viviana Rodríguez Romero

Apoyo y revisión de documento

Ministerio de Salud y Protección Social
Diana María Rodríguez Araujo
Marcela Haydeé Galeano
Rodrigo Lopera Isaza

COORDINADORES DE ÁREA

Área de Salud Mental, Determinantes Sociales y Violencia

Coordinadora:
Cecilia Escudero de Santacruz

Equipo:
Carlos Gómez-Restrepo
Diana Matallana Eslava
Isabel del Socorro Moreno Luna
Nubia Torres Calderón

Componente de Servicios y Acceso del SGSSS

Coordinadora:
Lina María González Ballesteros

Equipo:
Carlos Gómez-Restrepo
María Alexandra Matallana Gómez
Rolando Enrique Peñalosa Quintero

Área de Problemas y Trastornos en Salud Mental

Coordinador:
Carlos Gómez-Restrepo

Equipo:

Tópico niños y adolescentes-familia:
Germán Ricardo Casas Nieto
Javier Auli Carrasco
Martha Isabel Jordán Quintero
Ricardo Andres De La Espiella Guerrero

Tópico adultos:

Adriana Patricia Bohórquez Peñaranda
Álvaro Enrique Arenas Borrero
Gabriel Fernando Oviedo Lugo
Hernán Santacruz Oleas
Hernando Santamaría García
Hoover Quitián Reyes
Maritza Rodríguez Guarín
Miguel Uribe Restrepo
Nathalie Tamayo Martínez
Sandra M. Ramírez Rivera

Tópico tercera edad:

José Manuel Santacruz Escudero
Carlos Cano Gutiérrez

Àrea de Redes de Conocimiento

Coordinador:

Carlos Alberto Filizzola Donado

Equipo:

Jenny Alexandra Severiche Báez
Marisol Machetá Rico

Valoración de Estados de Salud

Coordinadora:

María Ximena Rojas Reyes

Equipo:

Carlos Gómez-Restrepo
Rodolfo Dennis Verano
Viviana Rodríguez Romero

Informática

Coordinador:

John Jairo Camacho Sánchez

Análisis estadístico

Coordinadora:

Nelcy Rodríguez Malagón

Equipo:

Jacky Fabián Gil Laverde
Martín Alonso Rondón Sepúlveda
Viviana Rodríguez Romero

Asistentes de estadística

Alejandro Salcedo Moncaleano
Jorge Andrés Caro Bernal
José Alejandro Rozo Posada
Juan Sebastián Hernández Hernández

Administración y Comunicación

Coordinadoras:

Jenny Alexandra Severiche Báez
Marisol Machetá Rico

Capacitación y asesoría CIDI

Corina Benjet

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Jerónimo Blanco Jaimes

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Clara Fleiz Bautista

Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz

Asesores internacionales

Glorisa Canino

Directora del Behavioral Sciences Research Institute,
Escuela de Medicina, Universidad de Puerto Rico

Paul Kind

Profesor honorario del Centro de Economía para Economía
de la Salud, Universidad de York

Benjamín Vicente

Profesor titular y director del Departamento de Psiquiatría
y Salud Mental, Universidad de Concepción, Chile

Asistentes de investigación

Alberto Mario Aroca Mejía

Andrés Osorio Vélez

María Carolina Ardila Hani

Nayib Omar Fakh García

Rafael Eduardo Ruiz Gaviria

Supervisión campo

Residentes de Psiquiatría

Diana Cabrera Morales

Sandy Johana Pérez Rodríguez

Juan Pablo Borda Bohigas

María Paulina Ramírez Restrepo

María Luisa Arenas González

Carolina Vélez Fernández

Sandra Mosquera Castro

José Guillermo Vargas Rubio

Sergio Andrés Ardila Pinzón

César Augusto Ruiz Echeverría

Juan Omar Carrillo Parada

**Fellows Especialidad Psiquiatría de Niños y Adolescentes /
Psiquiatría de Enlace**

Catalina Ayala Corredor

Daniel Felipe Garzón Zabala

Heidi Oviedo Acevedo

Lina Escobar Gómez

María del Pilar Parra Osorio

Datos Procesos y Tecnología (DPT), SAS

Director trabajo de campo

Álvaro Suárez Rivera

Informàtica

Armando Moreno Cadavid
Carlos Andrés Parra
Christian Schotborgh
Diana Yeraldin Gil Arboleda
Elerys David Robles Gómez
Fredy Niño
Iván Ariel Alba
Julián Andrés Chaverra
Lina María Castro Ayala
Martha Elena Reina

Coordinadores regionales

Carlos Gustavo Triana
Gustavo Villalobos López
Héctor Eloy Pinilla
Íngrid Yadiria Arenales
Janet Alcaraz
Jesús Antonio Sanabria
Jorge Nicolás Gaviria
Lucely de la Rosa
Olmedo Oyola
Sergio Acosta Moreno
Yolanda Cardona

Monitoreo y control

Alan Miguel Forero
Cindy Krizthell Bohne
David Leonardo Suárez
Elisa Paola Arias
Estefanía Parracy Tello
Farith Andrés Chaves Parra
Gina Paola Olivares Suárez
José Miguel Forero
Kevin David Sánchez Vera
Laura Juliana Vargas
Lida Esperanza Fonseca
Paola Vanessa Sánchez Alemán
Yessica Valencia

Operativos regionales

Ana Paola Espeleta
César Maldonado
Claudia Jara Pardo
Cristian Mauricio Villamizar
Edwin Corredor Corredor
Gilberto Giraldo Ramírez
Irma Inés Parra
Israel Fonseca
Martha Patricia Tello
Miguel Ángel León
Mónica Hernández
Nancy Adriana Riaño
Nelly Manotas

Nubia Lizeth Suárez
Sandra Patricia Correales Leal
Yasmely del Valle Benítez
Yodin Liney Forero

Sistemas regionales

Carolina Alvarado
Diana Paola Jara Pardo
Diego Fernando Fonseca
Diego Hernando Torres
Julián Andrés Garzón
Miguel Ángel Prieto
William Fernando Puentes

Supervisores y Encuestadores

Adolfo León
Adriana Álvarez Trujillo
Adriana Janeth Londoño Patiño
Alba Anayibe Romero Cruz
Alba Mery Cortez Díaz
Alba Zorayda Forero
Albeiro Elías Rudas Posada
Alex González
Alex Rafael Pérez Leiva
Alexander Gómez Dávila
Alexander Timaná Silva
Alexandra Aguirre Marín
Alexka Yuraniz Zabala Martine
Alison José Martínez
Álvaro Oviedo Olivares
Amparo Stella Barragán Prada
Andrea Ruiz
Ángela Marcela Quintero
Blanca Aurora Bucuru Zuluaga
Blanca Nubia Ávila
Blas Alberto Lux Carett
Bleidy Celina Murillo Mosquera
Camilo Hurtado Rave
Carlos Enrique Leal Navarro
Carlos Ordóñez
Carmen Emilia Orobio Cadavid
Carmen Guana
Carmen Inés Sierra Dueñas
Carmen Julia Quinchia Clavijo
Carmen Vivian Vargas
Carmenza Ayazo Martínez
Carolina Castrillón Valencia
Carolina María Restrepo
Cesar Efrén Preciado Tamayo
Claudia Emilse Bello
Claudia Esperanza García
Claudia Miessler
Claudia Patricia Ordóñez
Claudia Patricia Rocha
Cristhian Valencia
Cristian Camilo Alcaraz

Damaris Colón Oliveros
Daniel Ernesto Ibarra
Danilo Moreno
David Ortiz
Diana Carolina Caicedo Basante
Diana Marcela Restrepo Ramírez
Diana María Palencia del Busto
Diana Milena Restrepo
Diana Rocío Iglesias León
Diego Mauricio Mahecha
Dina Marcela Molina Díaz
Diony del Socorro García
Dolly Martínez Hungría
Dora Lilia Alegría Pantoja
Dora Mateus
Edda Flórez
Edith Johana Berrío Bedoya
Edna Yaneth Gómez Herrera
Edwar Jesús Meza de Moya
Elvis Ricardo Romero
Emanuel Alejandro Arriagada
Enna María Banguera Lemos
Eric Astudillo Mosquera
Erika Sarmiento
Estefany Paola Quintero López
Eugenia Lopera Restrepo
Evelin Segura
Francía Helena Villa Ceballos
Francisco Timaná
Germán Conde
Gina Jiménez
Haidy Machuca Cárdenas
Henry Hernández Barbosa
Howard Echeverry
Hugo Marín
Idalia Bustos
Íngrid Elena Monsalvo Silva
Irene Antonia Rodríguez
Irma Beltrán Sierra
Jacqueline Pinto
Jaime Alberto Serna
Jaime Hernán Mejía Salazar
Jaime Humberto Guerrero Cardona
Janeth Prado Varela Prado
Jaqueline Baos
Javier Antonio Arce González
Jenifer Quintero Cortez
Jenny Patricia Jiménez Rojas
Jhon Carlos Ovalle Sánchez
Jhon Fredy Carvajal
Jhonny Alejandro Sánchez
Jineth Steylers Saa Mosquera
Joe Luis Jiménez Varela
Johanna Patricia Larrea
Jonny Martínez
Jorge Enrique Forero
José Catama
José Vicente Chivatá

Juan Carlos Cardona Villada
Juan Manuel Restrepo
Juan Pablo García
Juan Sebastián Suárez
Julia Ester Yaya Huapaya
Juliana Montesino
Juliana Ramírez Echeverry
Julieth Paola Díaz Mendoza
Karina Vanessa Acuña Rosas
Karol Jineth Candela
Kelly Rodríguez
Lady Carolina Suárez Bueno
Laura García Quinchía
Leonardo José Bolívar Castillo
Leonardo Peña
Leonilda Esther Altmar Pacheco
Leonor Rueda Bautista
Leydi Viviana Orobio Cadavid
Lida Johanna Ruiz
Lidys Carrascal
Liliana Alcázar Salcedo
Liliana Arzuaga
Liliana Patricia Aguirre Granada
Lilibeth Esther Espinosa Aparicio
Lina Alejandra Garzón
Lina Johanna Martínez
Lina Junguito
Lina Marcela Díaz Ríos
Lina Marcela Trejos Carmona
Lina María Castellanos Agudelo
Lina Yimena Jaramillo
Lucy Estella Álzate
Luis Amézquita
Luis Leonardo Murcia
Luisa Fernanda Arango Morales
Luz Miriam Rojas Plazas
Luz Rosado
Maira Gisela Solís Banguera
Margarita del Pilar Astaiza
María Elena Marín Montoya

María Claudia Becerra Patiño
María del Pilar Novoa
María del Pilar Osorio Vásquez
María Elsa Hernández
María Esperanza Castellanos
María Ester Caicedo Angulo
María Fernanda Solís Satizábal
María Francelina Guerrero
María Isabel Bahena Palomino
María Isabel Zapata
Mariam Steffany Barrera
Marisol Cádiz Álvarez
Maritza Tello Cárdenas
Marly Pérez de La Hoz
Martha Aidé Romero
Martha Aldana
Martha Cecilia Silva Palechor
Martha Elena Díaz Rojas
Martha Isabel Vargas
Martha Liliana Rodríguez Sánchez
Marylin Camacho
Mayra Alejandra Gaviria
Meidys Jael Pacheco Meza
Miguel Augusto Sanjuan Guzmán
Miguel Zárate
Milena Patricia Hernández Porto
Miriam López
Mónica Jhoana González Gómez
Mónica Liliana López Jaimes
Myriam Elsy Ramírez
Myryam Salgado Zuluaga
Nairoby Castillo
Nancy Ali Usuga Abello
Nancy Reyes
Nancy Urrego Cardona
Nancy Venegas
Narda Camargo
Natalia Ocampo Villada
Niyere Puentes Jaramillo
Noemí Bautista

Norma Beatriz Yaya Huapaya
Olga Cruz
Olma María Rivera Prada
Orlando Morales
Oscar Alexander Roa
Oscar Iván Galván Moreno
Oscar Venegas
Paola Molina Salazar
Patricia Díaz Ochoa
Patricia Triana
Rafael Armando Mojica Acuña
Raúl Cubillas
Reina Jesús Montenegro
Ricardo Moreno Anaya
Ricardo Navarrete
Ricardo Restrepo
Roberto Saldaña
Sandra Isaza
Sandra Judith Hinestroza Calderón
Sandra Lucía Monterrosa Sarmiento
Sandra Milena Hernández Uchima
Sandra Milena Toro
Sara Zuluaga Pulgarín
Silvia Milena Ardila González
Sonia Patricia Rincón Pabón
Sunilda Isabel Narváez Pérez
Tania Lucía Osorio Rubiano
Víctor Manuel Sánchez Castellanos
Vivian Jiseth Betancourt
Wendy Yojanna Mendoza Navarro
Yamileth Marisol Portillo
Yenny Betancur Pérez
Yesenia Bueno
Yiermed Jackeline Tuñón Cantillo
Yina Constanza Villaquira León
Yuly Milena Gómez
Yurledys Murillo Porto
Zulma Rocío Rueda Suárez

Corrección de estilo

Ella Suárez

Diseño y diagramación

William Yesid Naizaque Ospina

Fotografías de carátula

Catalina Puerta Padilla

Impresión

Javegraf

ISBN: 978-958-8903-20-0

ISBN electrónico: 978-958-8903-19-4

Annex 4.

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

Nombre del proyecto: Análisis de las desigualdades en el ámbito de la salud mental de la población adulta de Colombia.

A continuación, se le pedirán sus datos personales con el fin de poder acceder, de manera completa, a los datos de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015, realizada en Colombia. El uso de éstos datos será únicamente para fines de investigación y/o académicos.

Si tiene alguna duda acerca del uso de la información para el desarrollo del proyecto de investigación puede comunicarse con Ivette Jurado Ortiz y/o Irene Sanchez Correas, encargadas del estudio, a través de los correos ijurado@edu.tecnocampus.cat y/o isanchezco@edu.tecnocampus.cat.

Si está de acuerdo en participar, proporcione por favor su nombre y firma en el apartado de abajo, recordándole que se respeta su derecho a negarse o retirarse.

Yo, Eva Rodríguez Martínez, identificado(a) con el número de cédula de extranjería que aparece junto con mi firma, he leído la información proporcionada. He tenido la oportunidad de preguntar sobre ella y se me ha dado respuesta satisfactoriamente. Consiento voluntariamente participar en este estudio.

CE: 7416641



06/02/2023
Bogotá, Colombia

 **Tecnocampus**
Escola Superior
de Ciències de la Salut

Centre adscrit a:
 **upf.** Universitat
Pompeu Fabra
Barcelona