



Salud mental de las mujeres en Bogotá:

Diagnóstico de factores de riesgo y protectores



Este estudio fue realizado por la Alcaldía de Bogotá – Observatorio de Mujeres y Equidad de Género de la Secretaría Distrital de la Mujer

Noviembre de 2024

Para obtener la versión digital de este documento, puede consultar la siguiente página web:
<https://omeg.sdmujer.gov.co/>

Para citar este documento: Alcaldía Mayor de Bogotá, Secretaría Distrital de la Mujer. Salud mental de las mujeres en Bogotá: factores de riesgo y protectores, 2024.

Alcaldía Mayor de Bogotá, D.C.

Carlos Fernando Galán Pachón
Alcalde Mayor de Bogotá

Secretaría Distrital de la Mujer

Laura Marcela Tami Leal
Secretaria Distrital de la Mujer

Liza Yomara García Reyes
Subsecretaria del Cuidado y Políticas de Igualdad

Isabella Muñoz Gómez
Directora de Gestión del Conocimiento

Coordinación técnica

David Mauricio Rodríguez Jiménez
Apoyo transversal Dirección de Gestión del Conocimiento
Secretaría Distrital de la Mujer

Catherine Juliet Nova Herrera
Líder investigaciones Observatorio de Mujeres y Equidad de Género

Grupo de investigación

Daniela Mahé Soto
Nataly Escobar Prieto
Shirley Adriana Durán Riaño
Analistas Observatorio de Mujeres y Equidad de Género

Diagramación
Andrea Isaacs Coral
Diseñadora Observatorio de Mujeres y Equidad de Género

© Secretaría Distrital de la Mujer, 2024

Presentación

La Secretaría Distrital de la Mujer (SDMujer) tiene como misión liderar, orientar y coordinar la formulación, implementación, seguimiento y evaluación de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género. Entre los derechos prioritarios en este documento se encuentra el derecho a la salud plena, definido como “un estado pleno de bienestar, y no solo la ausencia de enfermedades o dolencias”. Este enfoque integral de la salud resalta la importancia de considerar tanto los aspectos físicos como los mentales en el bienestar de las mujeres.

El género influye significativamente en las diferencias observadas entre mujeres y hombres en aspectos como la mortalidad y morbilidad, la exposición al riesgo y vulnerabilidad, la gravedad y consecuencias de las enfermedades, el acceso a recursos de salud y la atención brindada. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estas diferencias abarcan desde el diagnóstico y tratamiento hasta los comportamientos relacionados con la salud y las consecuencias de la mala salud.

En este contexto, la Dirección de Gestión del Conocimiento de la Secretaría, a través del Observatorio de Mujeres y Equidad de Género, tiene como objetivo formular y adelantar estudios e investigaciones que apoyen la toma de decisiones para promover la igualdad de género. Se busca producir y analizar información sobre las condiciones de las mujeres en la ciudad y realizar estudios que reflejen su situación y condición en el Distrito Capital.

Con este propósito, la presente investigación se propone contribuir al análisis integral de la salud mental de las mujeres en Bogotá, identificando los factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida, y a los trastornos de ansiedad y depresión. La finalidad es brindar recomendaciones que promuevan el bienestar integral de las mujeres y aporten a la prevención de estos trastornos. Esta investigación es pertinente y necesaria para orientar políticas y acciones efectivas que respondan a las necesidades específicas de las mujeres, avanzando hacia una sociedad más equitativa y justa.

Contenido

Presentación.....	03
Introducción	06
Marco Teórico.....	08
1. Salud Mental.....	09
2. Factores de riesgo y protectores.....	12
Contexto y descripción del trastorno de ansiedad generalizada en Bogotá.....	14
Contexto y descripción del trastorno depresivo en Bogotá.....	18
Contexto y descripción de la conducta suicida en Bogotá.....	23
Marco metodológico.....	30
Fase 1 – Diseño de investigación.....	30
Fase 2 – Revisión del estudio de Salud Mental en Bogotá D.C.....	31
Fase 3 – Construcción del modelo de salud mental.....	31
1. Preprocesamiento de Datos.....	31
2. Selección de características	33
3. Entrenamiento del modelo.....	34
4. Supuestos modelo de regresión logística	34
5. Evaluación del modelo	35
Fase 4- Revisión bibliográfica y análisis de resultados	36
Fase 5- Redacción del informe y presentación de resultados.....	36
Hallazgos.....	37
Hallazgo 1. El apoyo social es un factor protector clave para promover el bienestar en salud mental	38
Hallazgo 2. Tener una orientación sexual e identidad de género diversa es un factor de riesgo para el bienestar en salud mental	42
Hallazgo 3. Ser mujer es un factor de riesgo para el bienestar en salud mental.....	43
Hallazgo 4. Haber sufrido una experiencia traumática o muy angustiante es un factor de riesgo para el bienestar en salud mental.....	45
Hallazgo 5. Haberse recuperado de las afectaciones por la pandemia de COVID-19 es un factor protector para el bienestar en salud mental.....	48
Hallazgo 6. La percepción positiva de la salud mental es un factor protector clave y depende de factores muy diversos.....	52
Hallazgo 7. La división de los cuerpos entre funcionales y no funcionales se configura como un factor de riesgo para la salud mental	57
Conclusiones	60
Recomendaciones.....	62
Bibliografía.....	63

Tabla de ilustraciones

Ilustración 1. Factores de riesgo identificados en la literatura.....	13
Ilustración 2. Concentración de las atenciones en salud mental por trastornos de ansiedad en mujeres en Bogotá D.C. entre 2019 y el primer semestre de 2023	15
Ilustración 3. Personas con posible TAG por sexo	16
Ilustración 4. Posible TAG por edad.....	16
Ilustración 5. Concentración de las atenciones en salud mental por trastornos depresivos en mujeres en Bogotá D.C. entre 2019 y el primer semestre de 2023	20
Ilustración 6. Personas con posible TDM por sexo	21
Ilustración 7. Personas con posible TDM por edad	21
Ilustración 8. Histórico de suicidios consumados notificados en Bogotá.....	24
Ilustración 9. Histórico de ideación suicida en Bogotá.....	25
Ilustración 10. Histórico de intento suicida en Bogotá.....	26
Ilustración 11. Conducta suicida por sexo.....	27
Ilustración 12. Conducta suicida por edad.....	27
Ilustración 13. Ruta metodológica.....	30
Ilustración 14. Árbol de decisión de personas insatisfechas con la red familiar.....	40
Ilustración 15. Árbol de decisión de personas que han sufrido una experiencia traumática	46

Introducción

En cumplimiento del Plan de Desarrollo Distrital 2020-2024, Un Nuevo Contrato Social y Ambiental para la Bogotá del Siglo XXI, la Secretaría Distrital de Salud de Bogotá desarrolló un Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023 con apoyo de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) para la Región Andina y el Cono Sur. El objetivo del estudio fue informar sobre la salud mental de la ciudadanía.

Para lograrlo, se aplicó una encuesta en la que se emplearon instrumentos estandarizados para rastrear la percepción de las personas sobre su salud mental, su bienestar subjetivo y sus síntomas de malestar emocional; los riesgos o indicios de trastornos mentales y del comportamiento; los trastornos mentales diagnosticados referidos por las personas encuestadas; las consecuencias identificables de la pandemia del COVID-19 en la salud mental; los indicadores de autocuidado y resiliencia; la demanda de atención y el acceso a servicios de salud mental, así como una aproximación a los determinantes sociales de la salud mental, considerando las características sociodemográficas de la población.

En este sentido, a partir de los microdatos provenientes de la encuesta realizada por la Secretaría de Salud, el Observatorio de Mujeres y Equidad de Género realizó el presente estudio para contribuir al análisis integral de la salud mental de las mujeres en Bogotá, identificando los factores de riesgo y protectores asociados a la conducta suicida, y a los trastornos de ansiedad y depresión. La finalidad es brindar recomendaciones que promuevan el bienestar integral de las mujeres y aporten a la prevención de estos trastornos.

Para dar cumplimiento a esto, se analizaron las perspectivas encontradas en la revisión documental sobre la salud mental y la comprensión de la conducta suicida y los trastornos de depresión y ansiedad; se identificaron los factores de riesgo y factores protectores de las mujeres en Bogotá asociados a la conducta suicida y a los trastornos de ansiedad y depresión a partir de los datos del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. 2023. Por último, se propusieron recomendaciones para promover el bienestar mental de las mujeres en Bogotá, con el propósito de aportar al fortalecimiento de sus entornos protectores.

El diseño metodológico de esta investigación se estructura en cinco fases diseñadas para analizar de manera integral la salud mental de las mujeres en Bogotá, considerando los factores de riesgo y protectores asociados a la ansiedad, la depresión y la conducta suicida. Para ello, se llevó a cabo el diseño de investigación mediante el ejercicio de revisión documental. A continuación, se analizó el Estudio de Salud Mental en Bogotá 2023 y los instrumentos que fueron aplicados para el levantamiento de la información. Luego se construyó el modelo de regresión logística a partir de la selección de variables, su preparación, el modelamiento y la validación estadística. Finalmente, a partir de los resultados se hizo un ejercicio de revisión documental y de profundización en algunas hipótesis mediante cruces descriptivos.

El informe que se presenta a continuación está estructurado en cuatro partes. En primer lugar, se plantea el marco teórico donde se exponen conceptos como salud mental, factores de riesgo y protectores, depresión, ansiedad y conducta suicida. En segundo lugar, se describe el marco metodológico en el cual se exponen las características de los microdatos, la metodología cuantitativa del modelo y la metodología cualitativa. En tercer lugar, se desarrollan los hallazgos del modelo. Finalmente, se encuentra el apartado de conclusiones y recomendaciones.

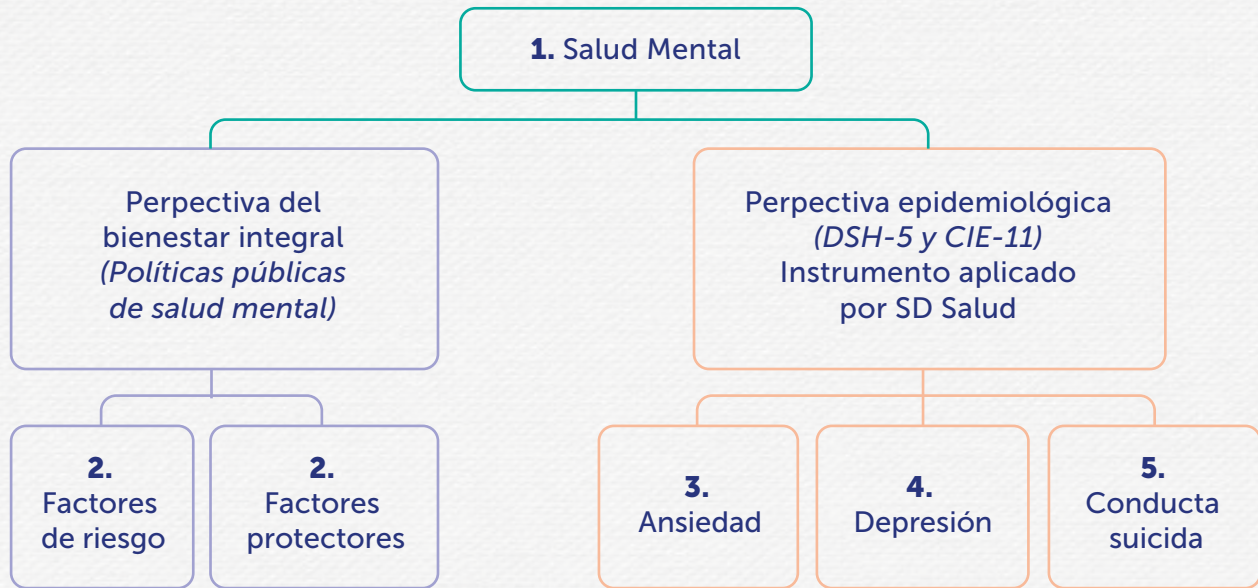
Marco Teórico

En la revisión bibliográfica se identificaron dos enfoques de análisis especialmente relevantes: la perspectiva epidemiológica, fundamentada en el modelo kraepeliniano y los manuales de clasificación de enfermedades, como la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas de Salud Conexos (CIE)¹ y el Manual diagnóstico y estadístico de trastornos Mentales (DSM, por sus siglas en inglés)², y la perspectiva del bienestar integral, respaldada por las políticas públicas nacionales y distritales. A pesar de las aparentes divergencias entre estos enfoques, las tensiones entre ambos han generado un diálogo enriquecedor que facilita una comprensión integral de la salud mental en el contexto local. Este diálogo permite integrar tanto los datos epidemiológicos obtenidos a partir de instrumentos estandarizados como las realidades sociales y comunitarias que les otorgan sentido.

Para el presente estudio, la incorporación de la perspectiva del bienestar integral se realiza a través de los factores de riesgo y los factores protectores en salud mental. Los primeros son identificados como elementos o situaciones que pueden afectar negativamente el bienestar mental de las personas, mientras que los factores protectores se destacan por su capacidad de contribuir a su preservación y fortalecimiento. En paralelo, desde la perspectiva epidemiológica se retoman los conceptos de ansiedad, depresión y conducta suicida, definidos en los manuales de clasificación de enfermedades, con el objetivo de interpretar los hallazgos obtenidos por la Secretaría Distrital de Salud (2023). Estos conceptos ofrecen un marco que permite contextualizar los resultados del modelo en el marco de la prevalencia y presentación de la ansiedad, depresión y conducta suicida en Bogotá, así como analizar sus implicaciones bajo un enfoque que combina datos cuantitativos y consideraciones cualitativas sobre los determinantes de la salud mental en la ciudad.

¹ Es una guía internacional para la estandarización mundial de la información de diagnóstico en el ámbito de la salud, relacionada con el registro, notificación, análisis, interpretación y comparación de datos de mortalidad y morbilidad, realizada por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

² Es una guía norteamericana, ampliamente utilizada en el continente como herramienta para la clasificación y diagnóstico de trastornos mentales, desarrollada por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA, por sus siglas en inglés).



Fuente: elaboración propia

A continuación, se presentan las principales discusiones que constituyen el marco teórico vinculadas a cada una de las categorías y algunos datos relevantes sobre ansiedad, depresión y conducta suicida en la ciudad.

1. Salud Mental

Históricamente, el saber clínico sobre la salud mental se ha basado en el sistema kraepeliniano alemán, que organizó la psiquiatría del siglo XX a partir de introducir la enfermedad en una jerarquía de categorías, subcategorías y variables, donde se consideraba que la enfermedad mental era un conjunto evolutivo que alcanza su máxima claridad en la fase terminal. Por lo tanto, el saber clínico está justamente orientado a identificar la enfermedad antes de su pleno desarrollo, para establecer un diagnóstico y detener su evolución, siguiendo un modelo que se asemeja al de las

enfermedades infecciosas, que no centra su comprensión en las causas y factores externos al individuo, sino en las descripciones, características constitucionales e influencia hereditarias. (Braunstein, 1980, pp. 17- 18)

Esta mirada epidemiológica de la salud mental tuvo eco en los discursos economicistas y productivistas, que desarrollaron perspectivas relacionadas con la funcionalidad de los individuos en los distintos ámbitos de la vida social, como trabajar, estudiar y contribuir a la comunidad, para determinar su estado mental. Tal fue el caso de la Organización Mundial de la Salud que introdujo dos dimensiones fundamentales a la definición de salud mental:

Un estado de bienestar mental que permite a las personas hacer frente a los momentos de estrés de la vida, desarrollar todas sus habilidades,

poder aprender y trabajar adecuadamente y contribuir a la mejora de su comunidad (...) La salud mental es, además, un derecho humano fundamental. (OMS, 2024)

Por una parte, incorpora la noción de bienestar que trasciende la ausencia de enfermedad y la ubica en la capacidad de enfrentar el “estrés de la vida” y en el desarrollo de habilidades para la vida (funcional). Y, por otra, la reconoce como un derecho humano que debe ser respetado y garantizado por los Estados a partir del desarrollo legislativo y un sistema de salud que la atienda integralmente.

En Colombia, este marco teórico y normativo sigue siendo utilizado como referencia para comprender y atender la salud mental, centrando la definición del estado de bienestar en las capacidades y habilidades que le permiten al individuo desempeñarse en la vida de manera productiva, manteniendo la tranquilidad frente al estrés:

Se entiende como un estado de bienestar en el que las personas son capaces de realizar sus tareas de manera tranquila pese al estrés que experimentan y lograr así una mayor productividad (DANE, 2021).

Ahora bien, a esta discusión se sumaron perspectivas que permitieron ampliar la comprensión de la salud mental como un fenómeno complejo, que trascienden las concepciones biomédicas y funcionalistas, para situar los contextos

históricos, sociales, políticos, económicos y culturales en los que se desarrollan, así como las dimensiones colectivas y comunitarias que se gestan alrededor. Así, es posible encontrar definiciones en las políticas públicas que incorporan enfoques más integrales de la salud mental, donde se concibe como:

Un proceso histórico, dinámico y contextualizado, en el que se pone en juego la capacidad de agencia de las personas, el tejido de relaciones humanas que se construyen y el conjunto de potencialidades individuales y colectivas que se desarrollan cuando se decide libre y conscientemente relacionarse con otros y otras (Política Nacional de Salud Mental, 2018).

Por su parte, la política pública de salud mental del distrito plantea una definición centrada en el bienestar integral, determinada por una serie de factores que le permiten al sujeto su desarrollo en la vida individual y social, así como el ejercicio de garantía de sus derechos:

Un completo estado de bienestar físico, psicológico y social del sujeto, en el que no solo se reconocen los factores biológicos, sino las interacciones sociales, históricas, ambientales, culturales, económicas y políticas, gracias a las cuales se desarrolla la vida; en consecuencia, contribuye al desarrollo humano y social, genera capital cultural, social, simbólico y económico, y hace posible el reconocimiento, la garantía, el ejercicio y la

restitución de los derechos. (Política Pública Distrital de Salud Mental 2023-2032)

En este sentido, para el abordaje de los objetivos propuestos se adopta una definición de salud mental que concibe al ser humano en sus múltiples dimensiones fisiológicas, psicológicas y sociales, situado en contextos históricos, políticos, culturales, económicos y ambientales específicos, que determinan sus condiciones de bienestar integral y el ejercicio de sus derechos.

Frente a la complejidad que supone el abordaje de la salud mental, acercarse a la enfermedad mental comprende también situar la discusión sobre los trastornos mentales y su abordaje clínico a partir del reconocimiento de sus características fundamentales. Tradicionalmente esta discusión ha sido dominada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la American Psychiatric Association (APA) a través de sus respectivos sistemas de clasificación de enfermedades: la Clasificación Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud para las Estadísticas de Mortalidad y Morbilidad (CIE) y Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM, por sus siglas en inglés).

Este tipo de sistemas se centran en una clasificación categórica de los trastornos, que codifica los diagnósticos y procedimientos clínicos relacionados con la morbilidad, a partir de criterios definidos por signos y síntomas. Así, se

define el trastorno mental como “un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental” (DSM-5).

Esta perspectiva, aparentemente distante del debate planteado sobre la diversidad de conceptos de salud mental y la importancia de abordar las múltiples dimensiones del ser humano para comprender este fenómeno, en realidad es clave para el desarrollo de la presente investigación, en tanto los instrumentos aplicados responden a la perspectiva psiquiátrica. El instrumento aplicado para personas mayores de 18 años estaba compuesto por veintiún cuestionarios cortos testeados previamente en otras poblaciones para medir tanto autopercepción de la salud mental como posibles trastornos.

Teniendo en cuenta que este tipo de clasificación organiza las categorías de manera mutuamente excluyente, el DSM-5 advierte que “algunos dominios de síntomas, como la depresión y la ansiedad, aparecen en múltiples categorías diagnósticas y podrían reflejar una vulnerabilidad común subyacente a un grupo más amplio de trastornos”. En este contexto, es esencial considerar los entornos en los que se manifiestan los signos y síntomas de posibles trastornos mentales para su diagnóstico, adoptando enfoques que contemplen

tanto las características y condiciones individuales de las personas afectadas como sus redes de apoyo social y comunitarias. Comprendiendo que este debate se encuentra en un marco mucho más amplio, la tensión entre las dos perspectivas se convirtió en un diálogo fructífero que permitió una comprensión más profunda del fenómeno de la salud mental en la ciudad, mediante la contextualización social de los resultados epidemiológicos obtenidos a través de la encuesta.

En síntesis, mientras que los sistemas de clasificación como el DSM-5 y el CIE-11 ofrecen una estructura diagnóstica útil para identificar y estandarizar los trastornos mentales, los marcos normativos y las políticas públicas en Colombia y Bogotá reconocen que la salud mental es un fenómeno multidimensional. Este enfoque integral resalta la importancia de factores contextuales, como las redes de apoyo y las condiciones socioeconómicas, en la construcción de un estado de bienestar. La investigación aquí desarrollada se apoya en ambas perspectivas, permitiendo así un análisis robusto y contextualizado de la salud mental en la ciudad, donde los datos epidemiológicos se enriquecen al incorporar las realidades complejas de los distintos grupos poblacionales.

2. Factores de riesgo y protectores

Los factores de riesgo y protectores hacen referencia a un conjunto de elementos individuales, familiares, comunitarios y estructurales que pueden combinarse para proteger o socavar la salud mental de una persona (OMS, 2022). En general se identificó que hay poca literatura sobre factores protectores, lo cual responde a una visión individualizante de la salud mental que la entiende desde la enfermedad y no desde el bienestar.

Entre las referencias que abordaron los factores protectores, en la Política Nacional y la Política Pública Distrital de Salud Mental 2023-2032, se destacó la importancia de crear un entorno favorable que garantice el acceso a oportunidades laborales, educativas, culturales, recreativas y de vivienda. La inclusión social, la reducción del estigma y la discriminación, así como la promoción de servicios sociales y sanitarios articulados, se presentaron como esenciales para el desarrollo integral de las personas con trastornos mentales. Asimismo, se reconoce que la salud mental está influenciada por determinantes sociales complejos, que abarcan desde la estructura social hasta el acceso a recursos fundamentales como la paz y el bienestar social.

En cuanto a los factores de riesgo, textos como el de Kyu Choi et al. (2019) sobre el estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia reveló varios factores de riesgo significativos para esta población. Según el estudio, el 72% de las personas encuestadas manifestaron haber experimentado malestar psicológico moderado, mientras que el 55% habían tenido pensamientos suicidas a lo largo de su vida. Además, una de cada cuatro personas encuestadas (25%) había intentado suicidarse al menos una vez.

Las mujeres bisexuales y las personas transgénero reportaron tasas particularmente altas de intentos de suicidio, con un 33% y 31%, respectivamente. Una de cada tres personas transgénero y mujeres bisexuales informó haber intentado suicidarse al menos una vez. Adicionalmente, el estudio destaca que todas las personas LGBT experimentaron altos niveles de victimización, incluyendo amenazas de violencia, agresiones físicas y sexuales. Estas experiencias fueron especialmente prevalentes entre las personas transgénero y los hombres gay o bisexuales, subrayando la vulnerabilidad y los desafíos específicos que enfrenta esta comunidad en términos de salud mental y bienestar.

Según el enfoque, las características de la población, el contexto socio-histórico en el que hayan sido hechos y las variables contempladas, estos fueron algunos de los resultados que a lo largo de la revisión de la literatura se configuraron como factores de riesgo:

Ilustración 1. Factores de riesgo identificados en la literatura



En síntesis, el análisis de los factores de riesgo y protectores en salud mental evidencia una marcada desigualdad en la atención y comprensión de estos elementos en la literatura disponible. Predomina una orientación hacia la identificación de factores de riesgo, lo cual refleja una visión que asocia la salud mental con la enfermedad y la patología. En contraste, las políticas públicas nacionales y distritales proponen algunos elementos protectores, tales como la generación de entornos favorables y el acceso a recursos que promuevan la inclusión y la cohesión social. Sin embargo, aún persiste una brecha en la literatura que impide una comprensión holística y equitativa de los factores protectores por lo cual resulta relevante profundizar en ellos.

Contexto y descripción del trastorno de ansiedad generalizada en Bogotá

De acuerdo con el CIE-11 y el DSM-5, la ansiedad hace parte de los trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo denominado **trastornos de ansiedad o relacionados con el miedo** y se caracterizan por dos signos específicos: el **miedo** como respuesta emocional a una amenaza inminente, real o imaginaria, que está frecuentemente asociada a accesos de activación autonómica necesarios para la defensa o la fuga, pensamientos de peligro inminente y conductas de huida. La **ansiedad** como respuesta anticipatoria a una amenaza futura que, generalmente, está más asociada con tensión muscular, vigilancia con relación a un peligro futuro y comportamientos cautelosos o evitativos. Se trata de un estado que generan un malestar o deterioro significativo en el funcionamiento a nivel personal, familiar, social, educativo, entre otras áreas de la vida, que se manifiesta a través de un conjunto de signo y síntomas.

El trastorno más común de este grupo es el **trastorno de ansiedad generalizada** y se caracteriza por una ansiedad persistente y excesiva, preocupación sobre varios aspectos como el trabajo y el rendimiento escolar, que la persona percibe difíciles de controlar. Además, se llegan a experimentar síntomas físicos, como inquietud o sensación de excitación o nerviosismo, fatiga fácil, dificultad para concentrarse o mente en blanco, irritabilidad, tensión muscular y alteraciones del sueño.

Criterios diagnósticos:

- A. Ansiedad y preocupación excesiva (anticipación aprensiva), que se produce durante más días de los que ha estado ausente durante un mínimo de seis meses, en relación con diversos sucesos o actividades (como en la actividad laboral o escolar).
- B. Al individuo le es difícil controlar la preocupación.
- C. La ansiedad y la preocupación se asocian a tres (o más) de los siguientes síntomas (y al menos algunos síntomas han estado presentes durante más días de los que han estado ausentes durante los últimos seis meses):
 - 1) Inquietud o sensación de estar atrapado o con los nervios de punta.
 - 2) Facilidad para fatigarse.
 - 3) Dificultad para concentrarse o quedarse con la mente en blanco.
 - 4) Irritabilidad.
 - 5) Tensión muscular.
 - 6) Problemas de sueño (dificultad para dormirse o para continuar durmiendo, o sueño inquieto e insatisfactorio). (DSM-5)

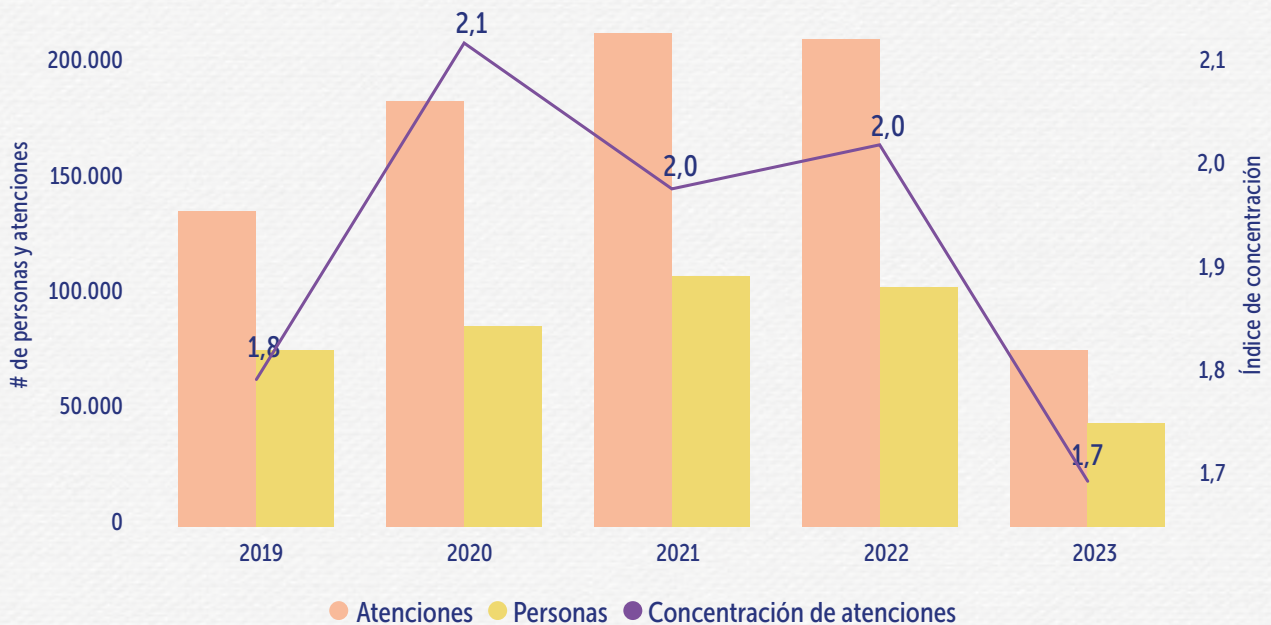
La OMS estima que para el 2019, 301 millones de personas sufrían un trastorno de ansiedad, es decir, el 4% de la población mundial, convirtiéndolos en los trastornos mentales más comunes. Además, solo una de cada cuatro personas que lo necesitan (27,6%), aproximadamente, reciben tratamiento.

En Colombia, se reportaron un total de 5.373.027 casos de trastorno de ansie-

dad y tres defunciones por esta causa, entre 2015 y 2020, reportando una tasa promedio anual de 322,9 por cada 100.000 habitantes. Además, es una de las principales afectaciones de la salud mental que produce el mayor número de años de vida saludables perdidos (AVISA) en mujeres, especialmente entre los grupos de edad de 45 a 59 años. (INS, 2022)

En Bogotá, la ansiedad ocupa el primer lugar en las afectaciones de la salud mental reportadas por eventos específicos en los servicios de la Secretaría Distrital de Salud, entre 2019 y el primer semestre de 2023. Durante este período, los trastornos de ansiedad primaria se presentaron con mayor frecuencia en las mujeres (68.5%) y se realizaron 816.235 atenciones a 308.545 mujeres por este tipo de trastorno.

Ilustración 2. Concentración de las atenciones en salud mental por trastornos de ansiedad en mujeres en Bogotá D.C. entre 2019 y el primer semestre de 2023



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Para abordar el trastorno de ansiedad en el marco de la construcción del modelo de salud mental, se utilizó la Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-2), un cuestionario tipo Likert que evalúa conductas relacionadas con la expresión emocional y cognitiva de la ansiedad generalizada. Este cuestionario preguntó a las personas si, en los últimos 15 días, se han sentido nerviosas, ansiosas o muy alteradas, y si han tenido dificultades para dejar de preocuparse. A partir de las respuestas, se identificó que el 22% de las personas en Bogotá experimentaron síntomas de un episodio de ansie-

dad en las últimas dos semanas, lo que equivale a 1,356,047 personas³. A continuación, se presentan estos datos desagregados por sexo y grupo etario:

Ilustración 3. Personas con posible TAG por sexo

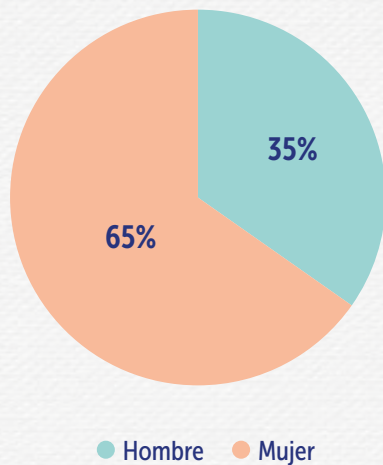
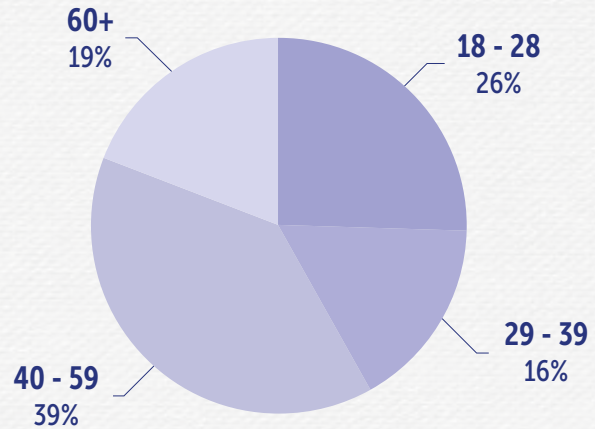
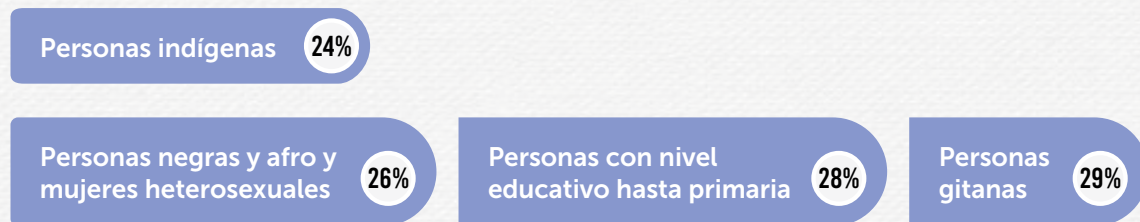


Ilustración 4. Posible TAG por edad



Fuente: Cálculos propios con base en la información del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023.

Del total de personas con posible trastorno de ansiedad generalizada, el 65% corresponde a mujeres; hay una concentración alta de esta posibilidad en el grupo de edad de 40-49 años; el 70% tienen un nivel educativo hasta bachillerato. El 95% viven en viviendas de estratos 1, 2 y 3. El 74% se dedican a trabajo remunerado y no remunerado, y el 40% son mujeres jefas de hogar que viven solas. Adicionalmente hay poblaciones que presentan una mayor recurrencia de síntomas de ansiedad. Recordando que el promedio general se encuentra en 22%, dichas poblaciones son⁴:



³ El porcentaje y el número de personas que experimentaron síntomas de un episodio de ansiedad fue calculado mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad.

⁴ Los porcentajes son calculados mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad. Sin embargo, los resultados obtenidos en relación con poblaciones étnicas, orientación sexual y ocupación son descriptivos y deben ser tratados con cautela ya que son susceptibles de variación debido a la representatividad de los grupos poblacionales dentro del Estudio.



En síntesis, los trastornos de ansiedad representan una de las problemáticas más prevalentes y complejas de la salud mental en Bogotá, afectando significativamente a personas de diversas características sociodemográficas, especialmente a las mujeres. La elevada recurrencia de estos trastornos, así como su impacto en la vida cotidiana y el bienestar de las personas, destaca la urgencia de políticas públicas y de intervenciones que no solo consideren los factores de riesgo, sino también la creación de redes de apoyo y entornos protectores que puedan mitigar sus efectos. Los datos obtenidos a través del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. ²⁰²³ permiten visibilizar la magnitud de esta problemática en la ciudad y las características de quienes la padecen, con una prevalencia destacada según su nivel educativo, sus contextos socioeconómicos y condiciones laborales particulares, la pertenencia a un grupo étnico y mujeres con orientaciones sexuales e identidades de género diversas (OSIGD).

Contexto y descripción del trastorno depresivo en Bogotá

La depresión se caracteriza por la presencia de un estado de ánimo triste, vacío o irritable, acompañado de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad funcional del individuo. Hace parte de los *trastornos depresivos* y existen diferentes tipos que se diferencian por la duración, la presentación temporal o la supuesta etiología del episodio -o episodios- determinados que cada persona presenta (DSM-5).

En este sentido, los trastornos depresivos se identifican a partir de episodios -incluso se puede realizar un diagnóstico basado en un solo episodio- que cumplen con criterios específicos para cada uno. En el caso del trastorno depresivo mayor se caracteriza por episodios en los que se presenta una disminución del interés en las actividades diarias, entre otros síntomas, duran al menos dos semanas e implican cambios claros en el afecto, la cognición y las funciones neurovegetativas.

Se toma como referencia este trastorno depresivo específico no sólo por tratarse del “trastorno clásico” de este grupo, sino porque el estudio de la Secretaría Distrital de la Mujer indaga por signos y síntomas que definen dos de los criterios diagnósticos del trastorno depresivo mayor.

Criterios diagnósticos:

- A.** Cinco (o más) de los siguientes síntomas han estado presentes durante el mismo período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo; al menos uno de los síntomas es (1) estado de ánimo deprimido y (2) pérdida de interés o placer.
- Nota: no se incluyen síntomas que se pueden atribuir claramente a otra afección médica.
- 1) Estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, casi todos los días, según se desprende de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas.
 - 2) Disminución importante del interés o el placer por todas o casi todas las actividades la mayor parte del día, casi todos los días (como se desprende de la información subjetiva o de la observación)
 - 3) Pérdida importante de peso sin hacer dieta o aumento de peso (p. ej., modificación de más de un 5% del peso corporal en un mes) o disminución o aumento del apetito casi todos los días. (Nota: En los niños, considerar el fracaso para el aumento de peso esperado.)
 - 4) Insomnio o hipersomnia casi todos los días.
 - 5) Agitación o retraso psicomotor casi todos los días (observable por parte de otros, no simplemente la sensación subjetiva de inquietud o de enlentecimiento).

- 6) Fatiga o pérdida de energía casi todos los días.
- 7) Sentimiento de inutilidad o culpabilidad excesiva o inapropiada (que puede ser delirante) casi todos los días (no simplemente el autorreproche o culpa por estar enfermo).
- 8) Disminución de la capacidad para pensar o concentrarse, o para tomar decisiones, casi todos los días (a partir de la información subjetiva o de la observación por parte de otras personas).
- 9) Pensamientos de muerte recurrentes (no sólo miedo a morir), ideas suicidas recurrentes sin un plan determinado, intento de suicidio o un plan específico para llevarlo a cabo.

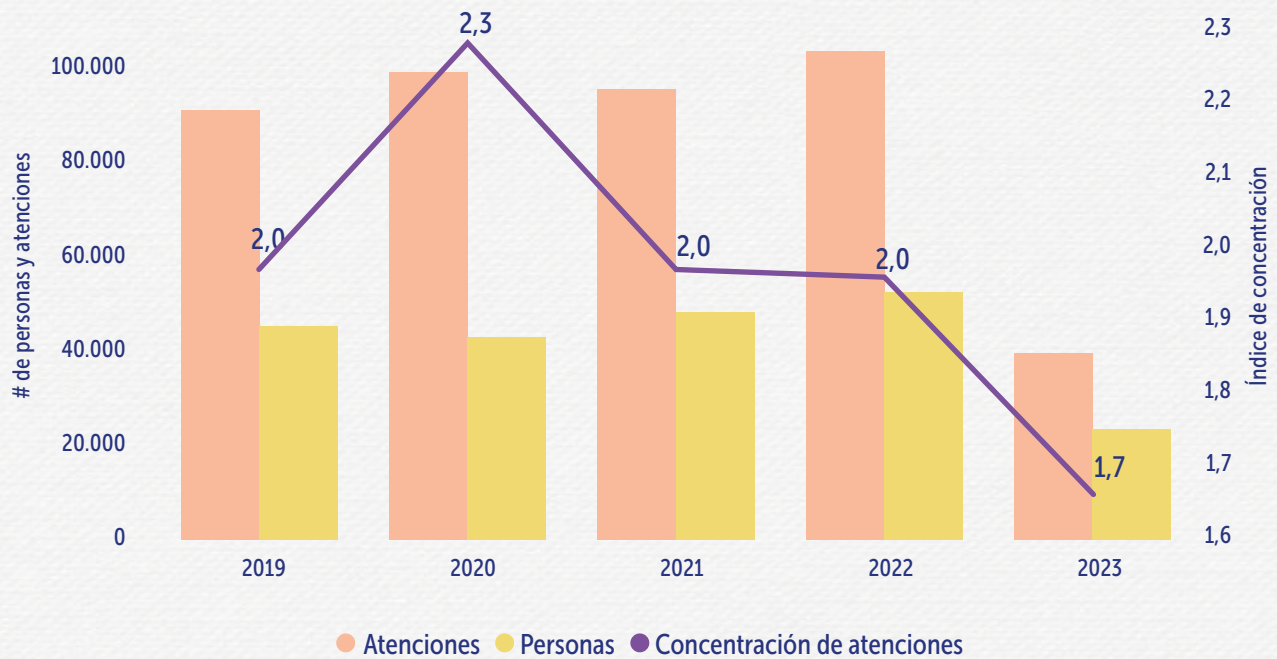
B. Los síntomas causan malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.

En 2019, 280 millones de personas padecían depresión en el mundo, es decir, el 3.8% de la población, incluido el 5% de los adultos (6% entre mujeres y 4% entre hombres) y el 5.7% de adultos mayores de 60 años; por lo cual se la considera un problema de salud pública. La OMS (2018) determinó que la depresión es una de las principales causas de discapacidad en las Américas, especialmente en países suramericanos (OMS, 2022a).

En Colombia es la enfermedad mental más frecuente según el Instituto Nacional de Salud (2022), afectando al 4.7% de la población y es responsable del 1.6% del total de AVISA perdidos entre 2015 y 2020, es decir, 809.792 años. Las mujeres reportan la mayor carga de enfermedad en todos los rangos etarios, especialmente entre 55 y 59 años, donde aumentó el doble entre 2015 y 2019.

Si bien la depresión se encuentra entre los trastornos mentales con mayor capacidad de tratamiento, en el país existe una brecha de atención de personas con depresión del 80%, lo que quiere decir que sólo el 20% de las personas adultas con diagnóstico de depresión mayor reciben atención especializada (OMS, 2019). En Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud realizó 429.165 atenciones a 169.128 mujeres por trastornos depresivos entre 2019 y el primer semestre de 2023, siendo las mujeres entre 29 y 59 años quienes más consultaron por este tipo de trastorno.

Ilustración 5. Concentración de las atenciones en salud mental por trastornos depresivos en mujeres en Bogotá D.C. entre 2019 y el primer semestre de 2023



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Por otra parte, con relación al *manejo clínico* de los trastornos mentales en Bogotá, la Secretaría Distrital de Salud encontró que en los episodios que dependen de la psicoterapia, como la **ansiedad** y la **depresión**, la frecuencia de atención es menor a 2 atenciones al año, en contraste con aquellos en los cuales su control está más asociado al uso de medicamentos (como la epilepsia, esquizofrenia o el trastorno bipolar) o los que requieren manejo interdisciplinar (como los trastornos cognitivos). En este sentido, resulta importante el monitoreo de la concentración de las atenciones, en tanto permite tener una aproximación a la evaluación de la prestación de los servicios de salud mental en respuesta a los problemas identificados⁵.

Al respecto, la OMS (2022) destaca que los sistemas de salud aún no logran responder de manera adecuada a las necesidades específicas de las personas que padecen trastornos mentales, principalmente, por no contar con los recursos suficientes y tener una divergencia considerable entre la necesidad de tratamiento y su prestación, siendo además de mala calidad.

⁵ Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Para abordar el trastorno depresivo en el marco de la construcción del modelo de salud mental, se utilizó el Cuestionario PHQ-2, un instrumento tipo Likert diseñado para evaluar la gravedad de los síntomas depresivos y su sensibilidad al cambio, facilitando así el monitoreo de la respuesta al tratamiento. En el estudio, este cuestionario investigó si, en los 15 días previos a la encuesta, las personas habían experimentado una disminución en el interés o placer por realizar actividades, o si se habían sentido decaídas, deprimidas o sin esperanzas. A partir de las respuestas, se determinó que el 17% de las personas en Bogotá presentaron síntomas de un episodio depresivo en las últimas dos semanas, lo que corresponde a 1,068,088 personas⁶. A continuación, se presentan estos datos desagregados por sexo y grupo etario:

Ilustración 6. Personas con posible TDM por sexo

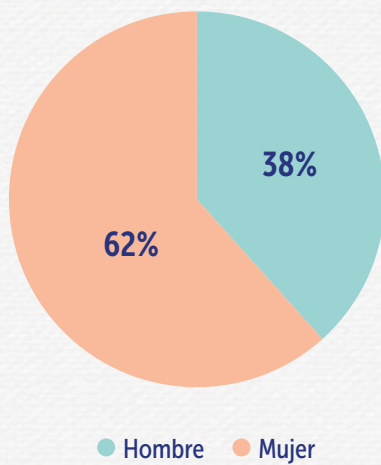
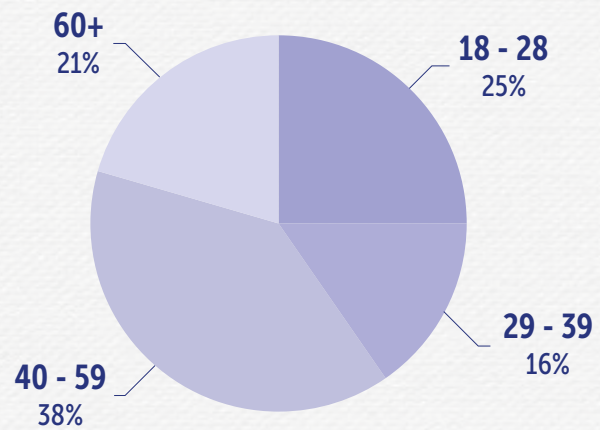


Ilustración 7. Personas con posible TDM por edad



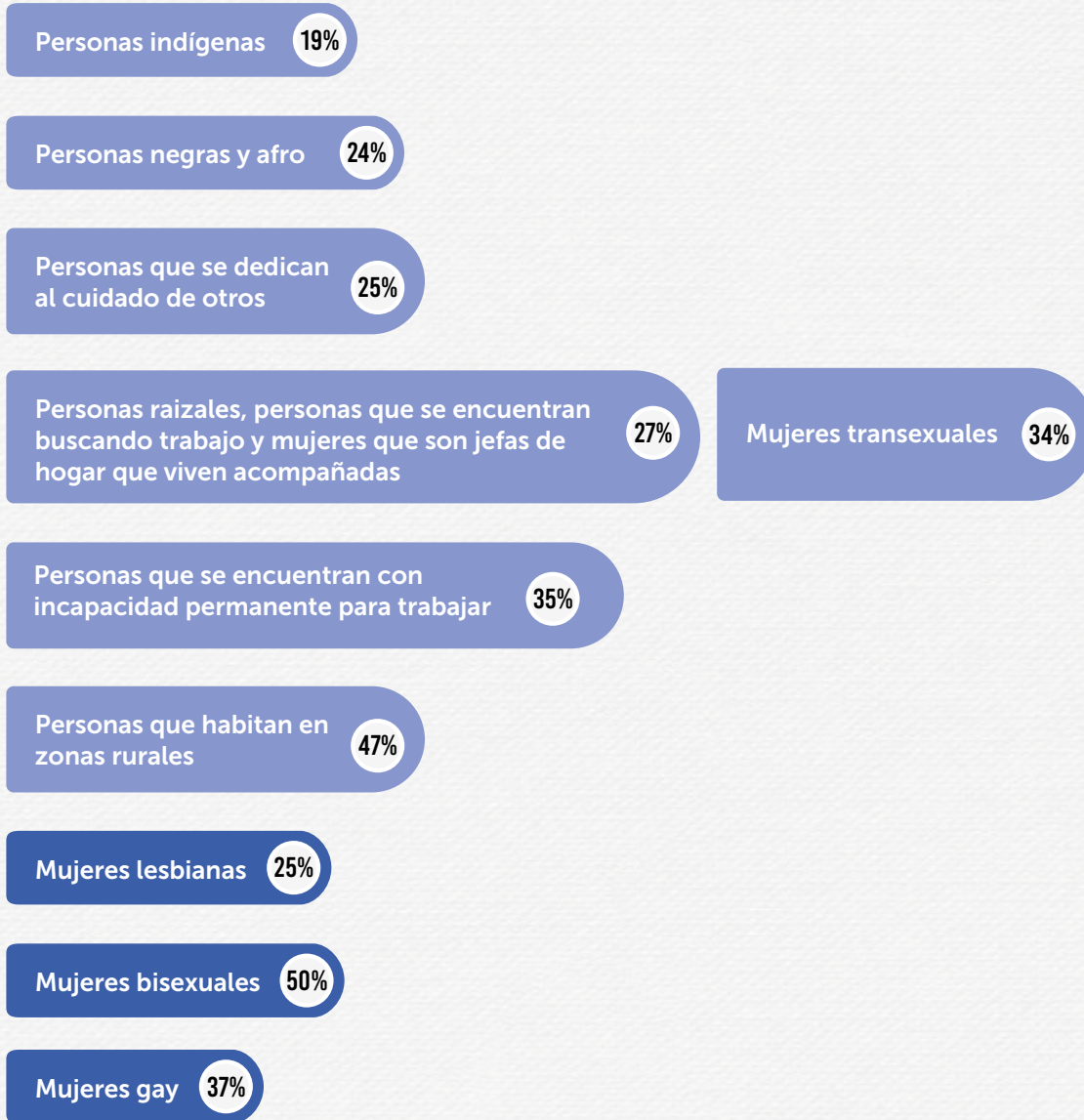
Fuente: Cálculos propios con base en información del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023.

Del total de personas que presentaron síntomas de un episodio depresivo el **62%** son mujeres mientras que el 38% son hombres. De acuerdo con la OMS (2023), la depresión es aproximadamente un 50% más frecuente entre las mujeres que entre los hombres, señalando que las mujeres son más propensas a la depresión que los hombres.

Adicionalmente, el 69% de las personas con síntomas de un episodio depresivo tienen un nivel educativo hasta bachillerato. El 96% viven en viviendas de estratos 1, 2 y 3. El 74% se dedican a trabajo remunerado y no remunerado, y el 37% son mujeres

⁶ El porcentaje y el número de personas que experimentaron un episodio depresivo fue calculado mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en Bogotá.

jefas de hogar que viven solas. Adicionalmente hay poblaciones que presentan una mayor recurrencia de síntomas de un episodio depresivo. Recordando que el promedio general se encuentra en 17%, dichas poblaciones son⁷:



⁷ Los porcentajes son calculados mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad. Sin embargo, los resultados obtenidos en relación con poblaciones étnicas, orientación sexual, ocupación y nivel educativo son descriptivos y deben ser tratados con cautela ya que son susceptibles de variación debido a la representatividad de los grupos poblacionales dentro del Estudio.

En síntesis, la depresión es un problema de salud pública con un impacto considerable en la calidad de vida y el bienestar de quienes la padecen, especialmente de las mujeres y otros grupos diferenciales en Bogotá. El análisis de los datos recopilados mediante el Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. 2023 permitió identificar que el 17% de las personas en la ciudad reportaron síntomas de un episodio depresivo en las dos semanas previas, lo cual representa a más de un millón de personas. Estos datos, desagregados por sexo, nivel educativo y situación laboral, reflejan una carga desproporcionada de síntomas depresivos en ciertos grupos, como las personas que pertenecen a un grupo étnico, aquellas con condiciones socioeconómicas y laborales particulares y las mujeres con OSIGD.

Contexto y descripción de la conducta suicida en Bogotá

El suicidio es un fenómeno complejo que ha sido definido desde diversas perspectivas. La Organización Mundial de la Salud (OMS) lo define como “todo acto en el que un individuo se causa una lesión o daño, con la intención de ocasionar su propia muerte.” Por otro lado, Durkheim lo describe como “un fenómeno social en el que una persona atenta voluntariamente contra su propia vida en busca de la muerte.” En la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), se considera como “la muerte causada por una lesión autoinfligida e iniciada deliberadamente por la persona, así como un comportamiento de afrontamiento.” El Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses (INMLCF, 2023) de Colombia lo define como una lesión de causa externa fatal, realizada por el propio individuo con conocimiento de su letalidad.

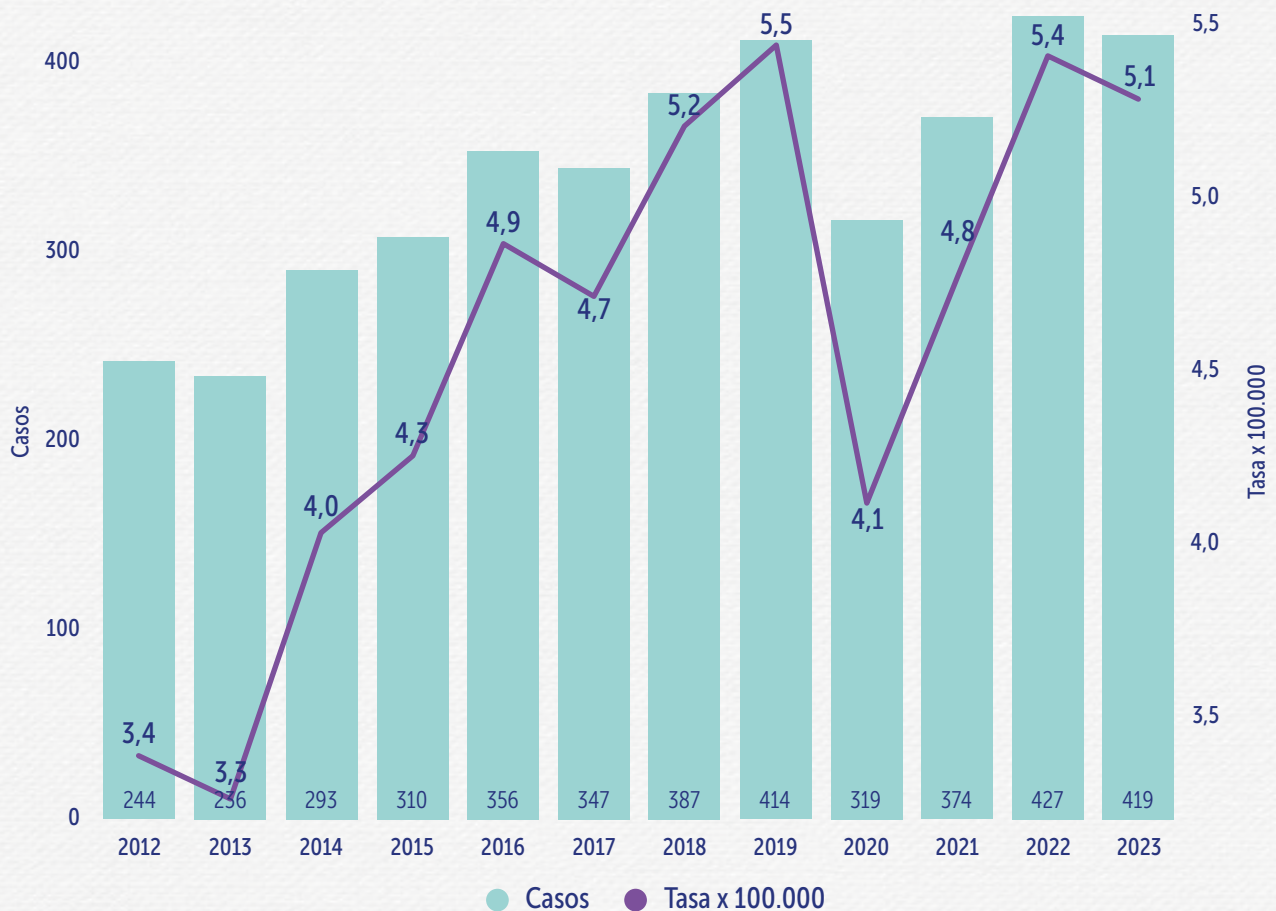
El suicidio es un problema de salud pública global, complejo y multifactorial, que no debe abordarse desde una perspectiva moral. Las personas que recurren al suicidio suelen experimentar un sufrimiento emocional intenso, falta de recursos conductuales para enfrentar su situación y una desesperanza profunda sobre el futuro. Estos factores, junto con síntomas como pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, ansiedad alta, intentos previos de suicidio, automutilación, entre otros, están presentes en trastornos como el trastorno bipolar, los trastornos depresivos y el trastorno límite de personalidad, según la Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM-5 de la Asociación Americana de Psiquiatría.

En Colombia, las cifras de suicidio son alarmantes, y su comportamiento ha mostrado una tendencia creciente en los últimos 11 años. En 2022, el país alcanzó una tasa de suicidio de 6,16 por cada 100.000 habitantes, con un total de 2.952 casos registrados, lo que representa 263 casos más que en 2021. El suicidio se consolidó como la cuarta causa más común de muerte por causas externas en el país. Particularmente preocupante

es la situación en las mujeres jóvenes: en el grupo etario de 10 a 17 años, el suicidio fue la principal causa de muerte violenta, representando el 41 % del total de muertes violentas en este grupo. (INMLCF, 2023)

En Bogotá, durante 2023, se reportaron 419 casos de suicidio, siendo los hombres entre 18 y 59 años el grupo más afectado (54 % de los casos). En el caso de las mujeres, el fenómeno fue más recurrente en las franjas de juventud y adultez, cada una con un 10 %. Cabe destacar que, durante el confinamiento por COVID-19, los suicidios consumados disminuyeron, contrastando con el aumento de trastornos como la ansiedad y la depresión.

Ilustración 8. Histórico de suicidios consumados notificados en Bogotá



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

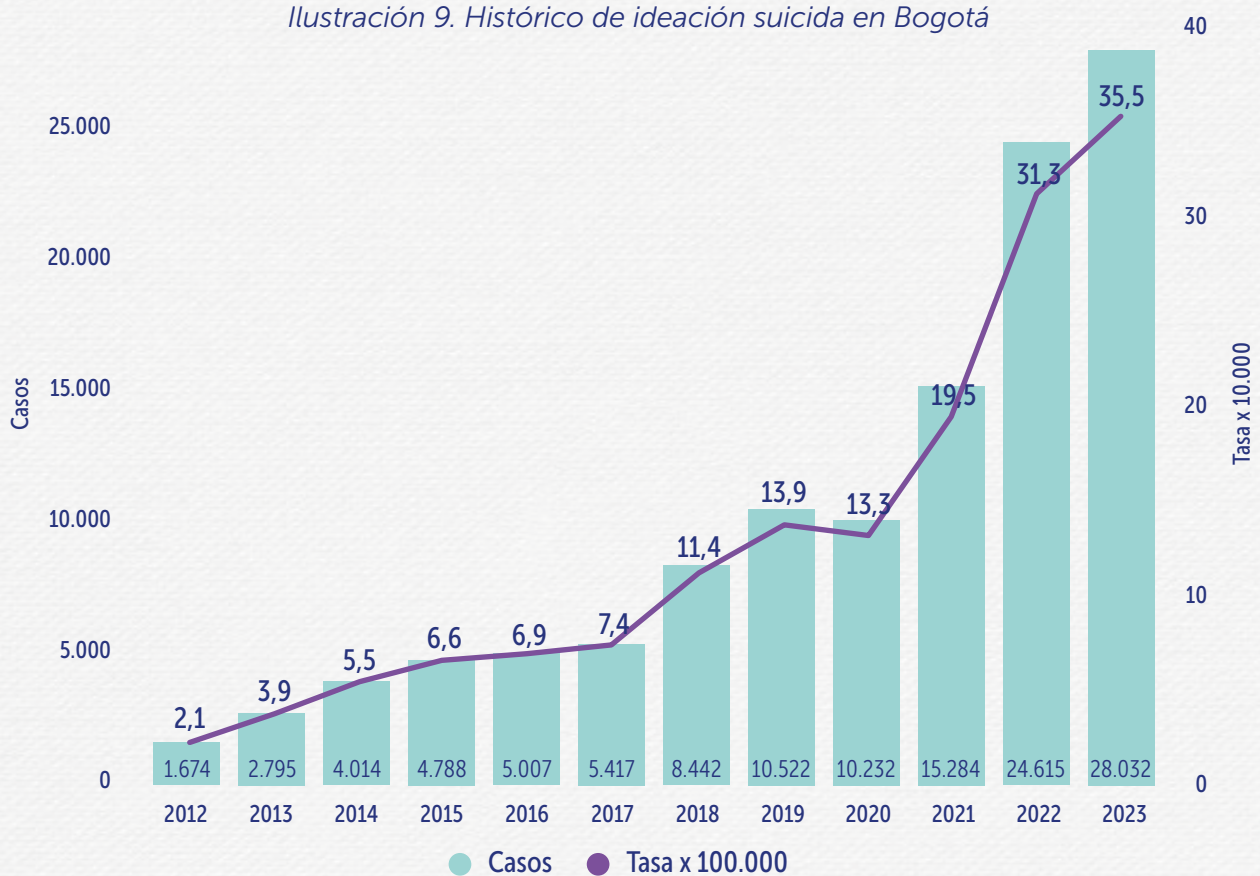
Los factores desencadenantes del suicidio en Bogotá en 2023 incluyen conflictos de pareja (21 casos), enfermedades dolorosas (6 casos), presión escolar (1 caso), la muerte de un familiar (5 casos), problemas económicos (9 casos) y otros motivos (49 casos). En 105 casos, no se especificó el motivo.

Además del suicidio consumado, según el Ministerio de Salud y Protección Social (2018) la **conducta suicida** encierra al menos otros tres fenómenos:

1. Ideación suicida: La ideación suicida se refiere a un conjunto de pensamientos que reflejan un deseo o intención de morir, y pueden incluir fantasías o prefiguraciones de la propia muerte. Estos pensamientos son considerados un paso previo a la ejecución de un acto suicida, aunque no siempre se manifiestan de manera explícita. Pueden expresarse a través de amenazas, tanto verbales como escritas, pero no necesariamente conducen a una acción suicida concreta (MSPS, 2018).

En Bogotá, en 2023 se registraron 16.479 casos de ideación suicida, con una prevalencia notable en mujeres, quienes representaron el 65% de los casos. La mayoría de estos casos se concentraron en la franja etaria de 18 a 28 años. Las localidades de Suba, Kennedy y Engativá reportaron los porcentajes más altos de incidentes, con 14%, 14% y 10%, respectivamente. Adicionalmente, se evidencia que la notificación de estos casos ha aumentado significativamente en la última década, según los datos históricos de SaluData:

Ilustración 9. Histórico de ideación suicida en Bogotá



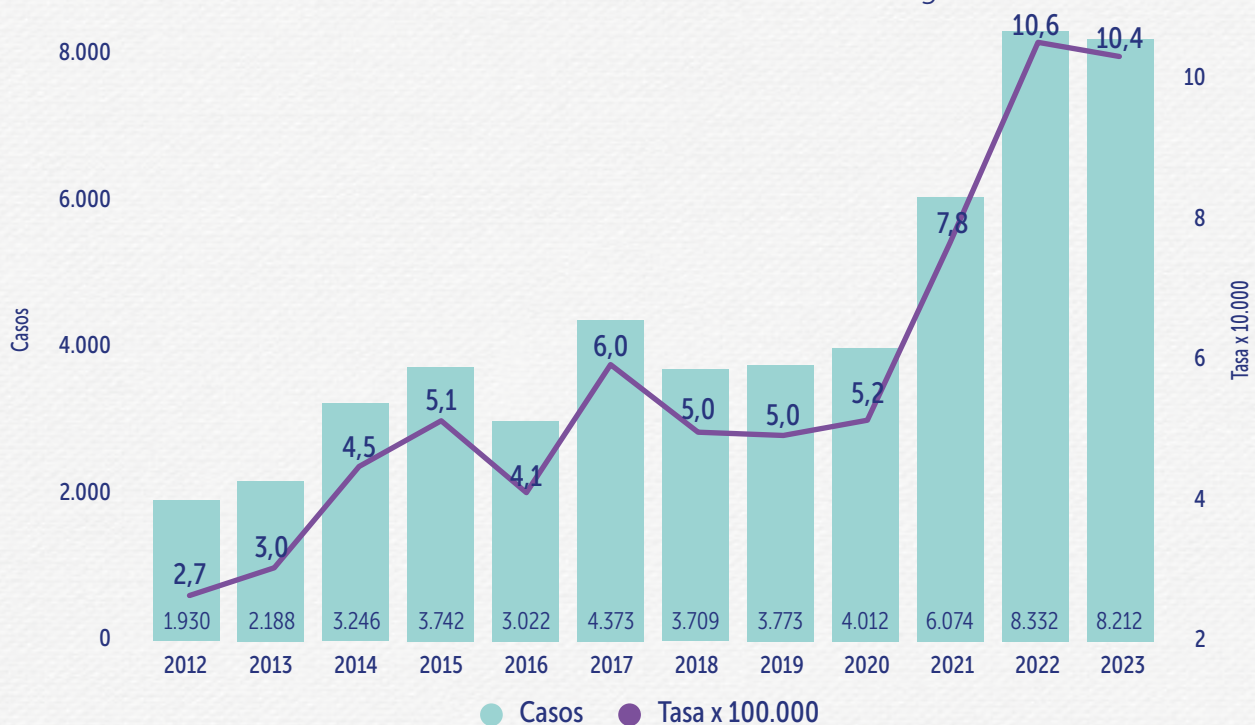
Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

2. Amenaza suicida: La amenaza suicida se refiere a situaciones en las que una persona expresa, verbalmente o de otro modo, su intención de quitarse la vida ante familiares u otras personas. Este tipo de conducta suele requerir una intervención de emergencia y, en algunos casos, puede llevar a la hospitalización y tratamiento médico (MSPS, 2018). En el contexto de Bogotá, no se dispone de datos específicos sobre la prevalencia de amenazas suicidas, lo que limita la comprensión completa de este fenómeno en la ciudad.

3. Intento suicida: El intento de suicidio se define como una conducta autoinfligida que, aunque no resulta en la muerte, tiene la intención explícita o implícita de causar la propia muerte. Esta acción puede o no generar lesiones, independientemente de la letalidad del método utilizado (MSPS, 2016).

En 2023, Bogotá reportó 5.971 casos de intentos de suicidio, con un 64% de los casos ocurriendo entre mujeres. La franja etaria con mayor incidencia fue la juventud, representando el 61% del total de los intentos. Además, se observó una alta prevalencia entre personas solteras, que constituyeron el 73% de los casos. Las localidades de Suba, Kennedy y Engativá registraron los mayores números de intentos de suicidio. Según el reporte de SaluData, este fenómeno ha experimentado un aumento significativo, cuadruplicándose en la última década.

Ilustración 10. Histórico de intento suicida en Bogotá



Fuente: Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

Para abordar el fenómeno de la conducta suicida la Secretaría Distrital de Salud en el Estudio de Salud Mental en Bogotá en 2023 utilizó el Cuestionario de Comportamiento Suicida Revisado (SBQ-R, por sus siglas en inglés). Este instrumento se diseñó para evaluar tanto los pensamientos como los comportamientos suicidas pasados y futuros. El SBQ-R es un cuestionario tipo Likert que incluye preguntas sobre la frecuencia de la ideación suicida, la comunicación de estos pensamientos a otros, y las actitudes y expectativas respecto a futuros intentos suicidas. Entre las preguntas formuladas se encuentran: "¿Alguna vez ha pensado o intentado quitarse la vida?", "¿Con qué frecuencia pensó en suicidarse el año pasado?", "¿Alguna vez le ha dicho a alguien que iba suicidarse o que podría hacerlo?" y "¿Qué tan probable es que intente suicidarse algún día?".

A partir de las respuestas a estas preguntas, se seleccionó a la población que reportó más de un evento de conducta suicida, ya sea múltiples intentos de suicidio, amenazas suicidas recurrentes, o ideación suicida repetida. Además, se incluyó a aquellas personas que consideraron probable suicidarse en el futuro. Los resultados de esta evaluación indicaron que el 7% de las personas en Bogotá han experimentado conductas suicidas recurrentes, lo que representa aproximadamente a 429.213 individuos⁸. A continuación, se presentan estos datos desagregados por sexo y grupo etario:

Ilustración 11. Conducta suicida por sexo

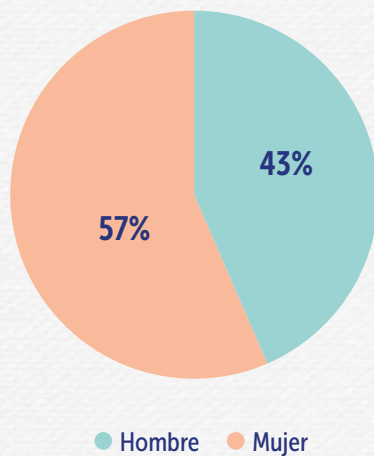
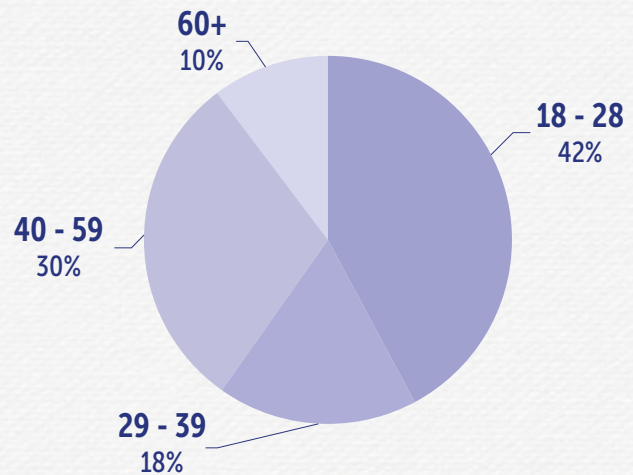


Ilustración 12. Conducta suicida por edad

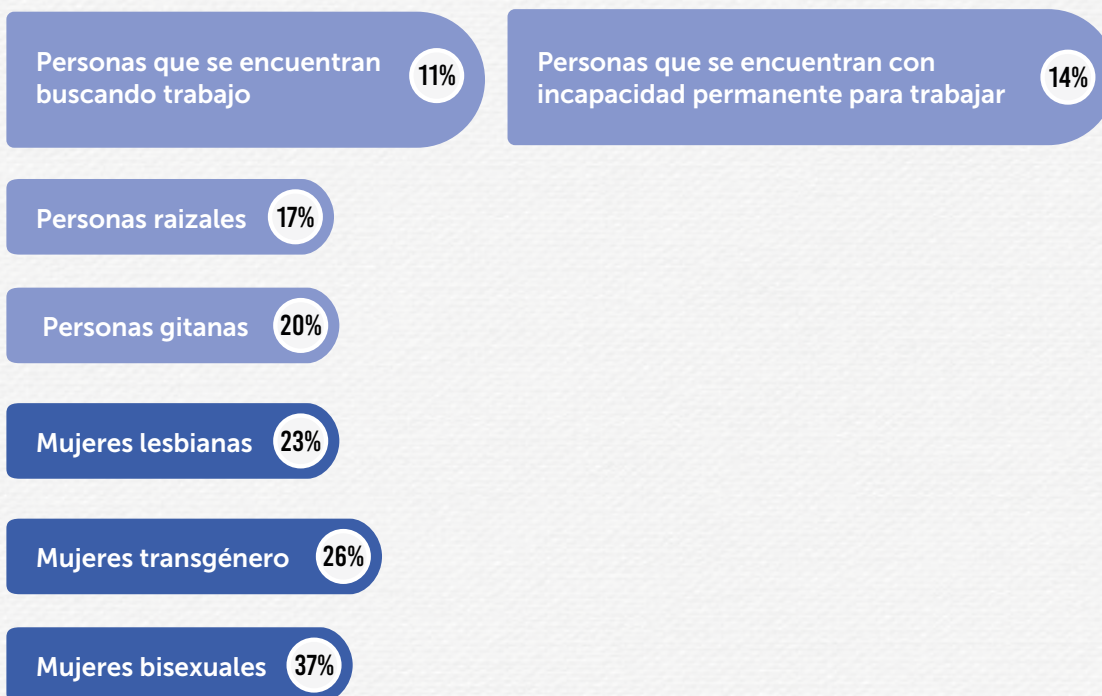


Fuente: Cálculos propios con base en la información del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023.

⁸ El porcentaje y el número de personas que experimentaron conductas suicidas recurrentes fue calculado mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad.

Del total de personas con conducta suicida⁹, el 57% corresponde a mujeres; el grupo de edad con mayor prevalencia es el de 18 a 28 años; el 61% tienen un nivel educativo hasta bachillerato, y el 22% hasta nivel técnico o tecnológico. El 87% viven en viviendas de estratos 2 y 3. El 67% se dedican a trabajo remunerado y no remunerado, y el 24% son mujeres jefas de hogar que viven solas.

Adicionalmente hay poblaciones que presentan una mayor recurrencia de conducta suicida. Recordando que el promedio general se encuentra en 7%, dichas poblaciones son:



Es importante también tener en cuenta que los trastornos de ansiedad y del estado de ánimo (especialmente la depresión) se asocian más frecuentemente con desenlaces negativos como la conducta suicida.¹⁰

⁹ Los porcentajes son calculados mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad. Sin embargo, los resultados obtenidos en relación con poblaciones étnicas, orientación sexual y ocupación son descriptivos y deben ser tratados con cautela ya que son susceptibles de variación debido a la representatividad de los grupos poblacionales dentro del Estudio.

¹⁰ Secretaría Distrital de Salud. Observatorio de Salud de Bogotá-SaluData. Disponible en <https://saludata.saludcapital.gov.co/osb/>

En síntesis, la conducta suicida es un fenómeno complejo que afecta a una parte significativa de la población en Bogotá (alrededor de 429.213 personas). Los datos del Estudio de Salud Mental en Bogotá 2023 resaltan una prevalencia especialmente alta entre ciertos grupos, lo que indica que factores como el contexto social, el estado emocional y las redes de apoyo juegan un papel crucial en la recurrencia de estas conductas. Las estadísticas sugieren una correlación entre la conducta suicida y aspectos como la pertenencia a un grupo étnico, condiciones socioeconómicas y laborales particulares y ser mujeres con OSIGD.

Marco metodológico

El marco metodológico de esta investigación se estructura en cinco fases diseñadas para analizar de manera integral la salud mental de las mujeres en Bogotá, considerando los factores de riesgo y protectores asociados a la ansiedad, la depresión y la conducta suicida. Para ello, se utilizó una metodología mixta que combina el análisis cuantitativo de datos secundarios provenientes del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. 2023, realizada por la Secretaría Distrital de Salud, con una revisión documental que permitió hacer un análisis cualitativo tanto de las cifras clave como conceptos y teorías relevantes.

Ilustración 13. Ruta metodológica



Fase 1 – Diseño de investigación

En la Fase 1, se realizó una exploración preliminar de la salud mental de las mujeres en América Latina, Colombia y Bogotá, enfocada en la prevalencia de trastornos como la ansiedad y la depresión, así como de la conducta suicida. Este análisis permitió identificar tendencias regionales y las particularidades de género que influyen en estos problemas, sirviendo de base comparativa para el contexto bogotano. Se revisaron cifras nacionales y locales, incluyendo datos recientes del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. 2023, para identificar brechas y necesidades específicas en la ciudad. A partir de esta información, se definieron preguntas de investigación, el alcance del estudio, las categorías de análisis y el marco teórico adoptando un enfoque integral que considera factores contextuales e individuales en la salud mental de las mujeres en Bogotá.

Fase 2 – Revisión del estudio de Salud Mental en Bogotá D.C.

En la Fase 2, se realizó una revisión exhaustiva del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. 2023, el cual fue desarrollado por la Secretaría Distrital de Salud en colaboración con la UNODC, en el marco del Plan Distrital de Desarrollo 2020-2024. Este estudio buscaba informar sobre el estado de la salud mental de la ciudadanía a través de encuestas que exploraron el bienestar subjetivo, los síntomas de malestar emocional, los riesgos de trastornos mentales, las consecuencias de la pandemia en la salud mental, los indicadores de autocuidado, y el acceso a servicios de salud mental, con enfoque en los determinantes sociales de la salud.

Para identificar y seleccionar las variables de interés en esta investigación, se revisaron los instrumentos del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C. 2023 y los manuales de clasificación de enfermedades como la CIE-11 y el DSM-5 lo que permitió elegir las preguntas relevantes para la construcción del modelo de salud mental a partir de la identificación de síntomas clave y los criterios diagnósticos de los trastornos según los manuales. La metodología del estudio utilizó una muestra probabilística, multietápica y estratificada, que incluyó 15.151 encuestas, representando a 7'290.336 personas en las 20 localidades de Bogotá¹¹.

Fase 3 – construcción del modelo de salud mental

1. Preprocesamiento de Datos

Para llevar a cabo el análisis fue fundamental realizar un adecuado procesamiento a los datos de la encuesta. En este sentido, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones:

La encuesta contempla las personas residentes en Bogotá, en el rango de edad de 12 a 69 años, representativas de segmentos o grupos poblacionales que fueron identificados como especialmente vulnerables, expuestos o afectados por la pandemia, para el presente análisis se filtraron las personas con 18 años o más.

Para el modelamiento, se construyeron dos modelos para cada una de las variables de respuesta (síntomas de depresión, ansiedad o conducta suicida): uno utilizando la población total y otro solo con la población de mujeres. En total, se construyeron 6 modelos.

¹¹ Los estratos de muestreo fueron definidos a partir de criterios temáticos y estadísticos. De manera temática, se definió a las 20 localidades como los estratos de muestreo, y para las localidades de Ciudad Bolívar, Suba y Usme se subestratificó según el área en urbano y rural. Las unidades primarias de muestreo (UPMs) fueron seleccionadas usando un diseño de muestreo aleatorio simple (MAS) con algoritmo de selección de coordinado negativo (1). Las unidades secundarias de muestreo (USMs) fueron seleccionadas de manera sistemática. Se diferenciaron tamaños de muestra por localidad, sexo, rangos de edad y área.

- **Modelo síntomas de depresión:** Se suman los puntajes de las preguntas M58 (Poco interés o placer en hacer las cosas) y M59 (Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas), se marca Si a las personas cuya suma sea 3 o más.

o Ejemplo calculo

La pregunta M58 (Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: Poco interés o placer en hacer las cosas)

Respuesta	Puntaje
Ningún día	0
Varios días	1
Más de la mitad de los días	2
Casi todos los días	3

La pregunta M59 (Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas)

Ejemplo Persona	M58	P_58	M59	P_59	Suma	Respuesta Modelo
Persona 1	Ningún día	0	Varios días	1	1	No
Persona 2	Mas de la mitad de los días	2	Varios días	1	3	Si

Así, como se observa en la tabla anterior, se toma la suma de los puntajes para las dos preguntas y, como se mencionó arriba, se marca para el modelo "Sí" en caso de que la persona obtenga un puntaje de 3 o superior; "No", para puntajes de 2 o menos.

- **Modelo síntomas de ansiedad:** Se suman los puntajes de las preguntas M62 (Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado) y M63 (No ha podido dejar de preocuparse), se marca Si a las personas cuya suma sea 3 o más.

o Ejemplo calculo

La pregunta M62 (Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días. Se ha sentido nervioso, ansioso o muy alterado)

Respuesta	Puntaje
Nunca	0
Menos de la mitad de los días	1
Más de la mitad de los días	2
Casi todos los días	3

La pregunta M63 (Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: No ha podido dejar de preocuparse)

Respuesta	Puntaje
Nunca	0
Menos de la mitad de los días	1
Más de la mitad de los días	2
Casi todos los días	3

La pregunta M63 (Señale con qué frecuencia ha sufrido los siguientes problemas en los últimos 15 días: Se ha sentido decaído(a), deprimido(a) o sin esperanzas)

Ejemplo Persona	M62	P_62	M63	P_63	Suma	Respuesta Modelo
Persona 1	Nunca	0	Menos de la mitad de los días	1	1	No
Persona 2	Más de la mitad de los días	2	Menos de la mitad de los días	1	3	Si

- **Modelo síntomas de conducta suicida:** Se marca si a las personas que respondieron alguna de las siguientes opciones: 4, 5 o 6 en las siguientes preguntas: M91 (¿Alguna vez ha pensado o intentado quitarse la vida?), M92 (¿Con qué frecuencia pensó en suicidarse el año pasado?), M93 (¿Alguna vez le ha dicho a alguien que iba suicidarse o que podría hacerlo?) y M94 (¿Qué tan probable es que intente suicidarse algún día?)

2. Selección de características

Se seleccionaron 46 variables divididas en 5 grupos:

- 1. Calidad de Vida:** comprende 11 preguntas de la M1 a la M11, por ejemplo: satisfacción con su salud, satisfacción con sus relaciones interpersonales/sociales
- 2. Sociodemográfica:** comprende 11 preguntas como Sexo, Edad, Ocupación.
- 3. Funcionalidad Familiar:** comprende 5 preguntas de la M41 a M45, por ejemplo, se siente satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene algún problema o necesidad
- 4. Covid** comprende 14 preguntas con relación a sucesos ocurridos durante la pandemia como, por ejemplo, si perdió su trabajo durante la pandemia o Qué tanto considera que la pandemia de COVID-19 afectó su salud mental

5. Salud Mental comprende la pregunta si alguna vez ha consultado por un tema de salud mental, si recibió tratamiento o si alguna vez ha sufrido una experiencia traumática o muy angustiante que haya alterado el funcionamiento de su vida diaria de manera considerable y que todavía hoy en día le afecte.

3. Entrenamiento del modelo

Para entrenar los modelos se empleó la técnica de regresión logística, la cual es una metodología estadística ampliamente usada para evaluar modelos cuya respuesta es binaria, por ejemplo: tiene síntomas de ansiedad, si o no. La regresión logística utiliza la función logística para transformar la combinación lineal de las variables predictoras en una probabilidad entre 0 y 1. Los coeficientes del modelo representan el impacto de cada variable predictora en la probabilidad del evento, lo que permite interpretar como los cambios en estas variables influyen en la ocurrencia del evento de interés.

El modelo se representa de la siguiente manera

$$Y_i = \frac{1}{1 + \exp(-z)} + u_i$$

Donde $z = \beta_0 + \beta_1 x_1 + \dots + \beta_k x_k$ o de forma matricial $Z = \beta X$. Siendo Y la variable respuesta y x_1, x_2, \dots, x_k las variables explicativas del modelo, la regresión logística está dada por la siguiente ecuación

$$P(X) = P(X_1 = x_1, \dots, X_k = x_k) = 1 / (1 + \exp[-(\beta_0 + \sum_{i=1}^k \beta_i x_i)])$$

4. Supuestos modelo de regresión logística

Para que los resultados de los modelos sean válidos y fiables se deben cumplir los siguientes supuestos:

- Independencia de las observaciones: esto significa que las observaciones no deben influirse mutuamente.
- La relación entre las variables independientes y la función logística de la variable dependiente debe ser lineal.
- Ausencia de colinealidad perfecta: no debe existir relación lineal perfecta entre 2 o más variables independientes en el modelo.

- No multicolinealidad las variables: no deben estar altamente correlacionadas entre si.
- Ausencia de valores atípicos.

5. Evaluación del modelo

Para juzgar las tasas de error obtenidas y la calidad misma de la predicción se presenta la matriz de confusión asociada a los datos de validación calificados por el modelo propuesto.

La matriz de confusión asociada a un modelo se obtiene tras aplicar la función discriminante a todas las observaciones (es decir, tras calificar un conjunto de registros), permitiendo calcular la probabilidad de error o mala clasificación y en términos más generales representando la capacidad de discriminación que posee un modelo. En el caso de dos posibles clases (C_1 =positivos y C_2 =negativos), esta presenta la siguiente forma:

		Clasificación estimada por el modelo	
		C_1	C_2
Clasificación Real	C_1	VP	FN
	C_2	FP	VN

- **VP (Verdaderos positivos):** % de registros que realmente pertenecen a la clase C_1 (positivos) y que efectivamente han sido clasificados por el modelo en la clase C_1 .
- **VN (Verdaderos negativos):** % de registros que realmente pertenecen a la clase C_2 (negativos) y que efectivamente han sido clasificados por el modelo en la clase C_2 .
- **FP (Falsos positivos):** % de registros que realmente pertenecen a la clase C_2 pero equivocadamente han sido clasificados por el modelo en la clase C_1 (positivos).
- **FN (Falsos negativos):** % de registros que realmente pertenecen a la clase C_1 pero equivocadamente han sido clasificados por el modelo en la clase C_2 (negativo).

La calidad de un modelo se refleja en los resultados de la matriz de confusión, idealmente calculada en datos de validación, es decir, calculada sobre datos distintos a los que se usaron para la construcción del modelo. En especial resulta útil evaluar los siguientes aspectos:

- a) Las tasas de Falsos positivos (FP) y falsos negativos (FN) deben ser lo más bajas posibles, para un modelo con un elevado poder predictivo, estas dos deben sumar entre 30% y 45%.
- b) El modelo debe ser balanceado, es decir debe tener casi la misma capacidad predictiva en los distintos posibles valores a ser estimados, para esto las tasas de Verdaderos positivos (VP) y Verdaderos negativos (VN) deben tomar valores cercanos.

Fase 4- Revisión bibliográfica y análisis de resultados

Una vez el modelo arrojó los resultados cuantitativos sobre factores de riesgo y protectores de la salud mental de las mujeres en Bogotá, se llevó a cabo un ejercicio de lectura y codificación que permitió agrupar datos con núcleos temáticos cercanos. De este modo se trazaron los primeros hallazgos y se descartaron las hipótesis que no fue posible corroborar con los datos.

A continuación, se realizó un ejercicio de revisión bibliográfica que incluyó políticas públicas, informes oficiales y literatura académica relevante sobre salud mental. En primer lugar, la revisión de políticas públicas e informes oficiales permitió identificar cifras relevantes para comprender los resultados del modelo, revisar el diseño de nuevas hipótesis, precisar la conceptualización de la conducta suicida e incorporar el enfoque de bienestar integral a la discusión sobre salud mental.

Además, se revisó bibliografía académica que permitió profundizar en factores específicos identificados en el modelo, como apoyo social o pobreza de tiempo, lo cual enriqueció el análisis de resultados al brindar un marco teórico más robusto para interpretar las variables asociadas al bienestar mental de las mujeres en Bogotá.

Fase 5- Redacción del informe y presentación de resultados

En esta fase se redactó un informe técnico detallado con los resultados obtenidos del modelo, el cual incluye los hallazgos sobre factores de riesgo y protectores asociados a la salud mental de las mujeres en Bogotá, específicamente en relación con la conducta suicida y los trastornos de ansiedad y depresión. Este informe está dirigido a apoyar la toma de decisiones dentro de la Secretaría Distrital de la Mujer y facilitar el diseño de políticas públicas efectivas y orientadas hacia el bienestar de las mujeres.

Hallazgos

A continuación, presentaremos los resultados del modelo. Para esto es importante tener en cuenta que hay dos tipos de procesamiento de datos. Por un lado, está el modelo de regresión logística que se utiliza para pronosticar la probabilidad de que un evento determinado ocurra o no. Por ejemplo, en el ámbito médico se puede definir si una persona tiene una enfermedad o no. Esta metodología nos ayuda a analizar cuantitativamente, con la ayuda de varios factores (variables independientes), que tanto está afectada la salud mental de una persona y que tanto inciden estos factores en aumentar o disminuir el riesgo. Los resultados del modelo los presentaremos de la siguiente manera:

El modelo arrojó que las mujeres que se sienten satisfechas con:

La **manera como comparten en su familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero** tienen un **46%** menos de probabilidades de tener síntomas de **depresión**.

Así mismo, evidenció que:

Las mujeres entre **18 y 29 años** tienen un **81%** más de probabilidades de presentar **conducta suicida**.

Por otro lado, están los árboles de decisión que son una herramienta analítica que se utiliza para identificar y evaluar cómo diferentes variables influyen en la variable que queremos predecir o entender. Esta variable de interés debe ser dicotómica, es decir solo tiene dos valores (generalmente 1 o 0 o tiene o no el atributo). A diferencia de la regresión, los árboles de decisión son más fáciles de interpretar y no requieren la verificación de supuestos. Adicionalmente, la regresión solo capta las relaciones lineales mientras que el modelo de árboles capta, también, las no lineales. Los resultados de los árboles los presentaremos de la siguiente manera:

El **47%** de las personas se sienten **insatisfechas** con la manera como **comparten en su familia el tiempo para estar juntas, los espacios en la casa o el dinero**.

Hallazgo 1. El apoyo social es un factor protector clave para promover el bienestar en salud mental

El apoyo social es un factor protector fundamental para la salud mental, ya que proporciona a las personas recursos emocionales y prácticos que les permiten enfrentar los desafíos de la vida. De acuerdo con la conceptualización de House (1981) y otros autores como Hobfoll y Stokes (1988), el apoyo social implica interacciones reales entre personas que ofrecen asistencia tangible o un sentido de pertenencia y conexión. Este tipo de relaciones son esenciales para que las personas se sientan valoradas y comprendidas, lo que contribuye directamente a su bienestar emocional. La Organización Mundial de la Salud (1988) destaca que las redes de apoyo, compuestas por individuos y organizaciones, tienen el poder de abordar problemas comunes de manera efectiva, siendo esenciales para la satisfacción de necesidades sociales y personales.

La relación entre el apoyo social y la salud mental se puede entender a través de dos modelos: el efecto directo y el efecto amortiguador. El modelo de efecto directo sostiene que el apoyo social mejora la salud de manera independiente de los niveles de estrés, es decir, cuanto mayor es el apoyo social, mejor es el estado de salud de la persona. Por otro lado, el modelo de efecto amortiguador sugiere que el apoyo social actúa como un mediador, ayudando a las personas a redefinir situaciones estresantes, lo que reduce su impacto negativo en la salud mental. Ambos modelos subrayan la importancia del apoyo social como un recurso esencial para enfrentar el estrés y mantener un buen estado de salud mental.

Al analizar la información de la Encuesta de Salud Mental en Bogotá 2023 desde el enfoque de género, el modelo arrojó cuatro factores protectores y un factor de riesgo relacionados que permitieron evidenciar que el apoyo social es un elemento fundamental para el bienestar en salud mental en Bogotá. Así pues, dentro de los factores protectores se evidenció que las mujeres que se **sienten satisfechas** con:

1. La **manera como comparten en su familia el tiempo para estar juntos, los espacios en la casa o el dinero**, tienen un **46%** menos de probabilidades de tener síntomas de **depresión**.
2. La **ayuda que reciben de su familia cuando tienen algún problema o necesidad**, tienen un **45%** menos de probabilidades de tener síntomas de **ansiedad**.
3. Sus **relaciones familiares**, tienen un **44%** menos de probabilidad de tener síntomas de **ansiedad**.
4. La **forma como su familia acepta y apoya sus deseos de emprender nuevas actividades**, tienen un **42%** menos de probabilidades de tener **conducta suicida**.

En cuanto al factor de riesgo, se evidenció que:

5. Las personas entre **18 y 29 años** tienen un **81%** más de probabilidades de presentar **conducta suicida** respecto a las personas mayores de 60 años.

Para evaluar el funcionamiento de la unidad familiar en el instrumento se utilizó el cuestionario APGAR (**A**daptación, **P**articipación, **G**radiente de recurso personal, **A**fecto y **R**ecursos)¹². Este mide la percepción del cuidado y apoyo que una persona recibe de su familia en cinco dimensiones clave: adaptación, participación, recursos, afectividad y capacidad resolutive. A través de este cuestionario, se indaga si las personas se sienten satisfechas con aspectos como la ayuda recibida ante problemas o necesidades, la comunicación, el apoyo en nuevas actividades, la expresión de afecto y la distribución del tiempo, los espacios y los recursos dentro del hogar. Si bien este instrumento está diseñado para examinar las relaciones familiares, los aspectos y necesidades por los cuales indaga pueden gestionarse en otro tipo de redes como las afectivas, de intercambio, de asociación o afiliación, por el uso de recursos comunes, de adyacencia física o cognitivo-perceptuales. (Palacio, 2015)

Lo anterior se evidencia en este estudio a través de la exploración de quiénes son las personas que se sienten insatisfechas con su red familiar (ilustración 15). En este árbol de decisión se observa que el **47%**¹³ de las personas se sienten **insatisfechas** con la manera como **comparten en su familia el tiempo para estar juntas, los espacios en la casa o el dinero**. La primera variable que más incide es la edad:

- Para las personas que se encuentran entre los 18 y los 28 años la insatisfacción familiar aumenta al 52%. En este rango etario la segunda variable que más incide es tener una OSIGD aumentando la insatisfacción con la red familiar al 78%. La tercera variable que más incide es pertenecer a un grupo étnico, pues las personas que no pertenecen tienen un nivel de insatisfacción del 80%. En otras palabras, **las personas jóvenes, con una OSIGD y que no pertenecen a un grupo étnico son las que presentan mayores niveles de insatisfacción con la manera como comparten en su familia el tiempo para estar juntas, los espacios en la casa o el dinero**.
- Para las personas que se encuentran entre los 29 y 59 años la insatisfacción familiar se mantiene en el promedio, es decir, en 47%. La segunda variable que más incide es la configuración del hogar, donde el 61% de las personas que viven solas se sienten insatisfechas con su red familiar. La tercera variable que más incide es pertenecer a

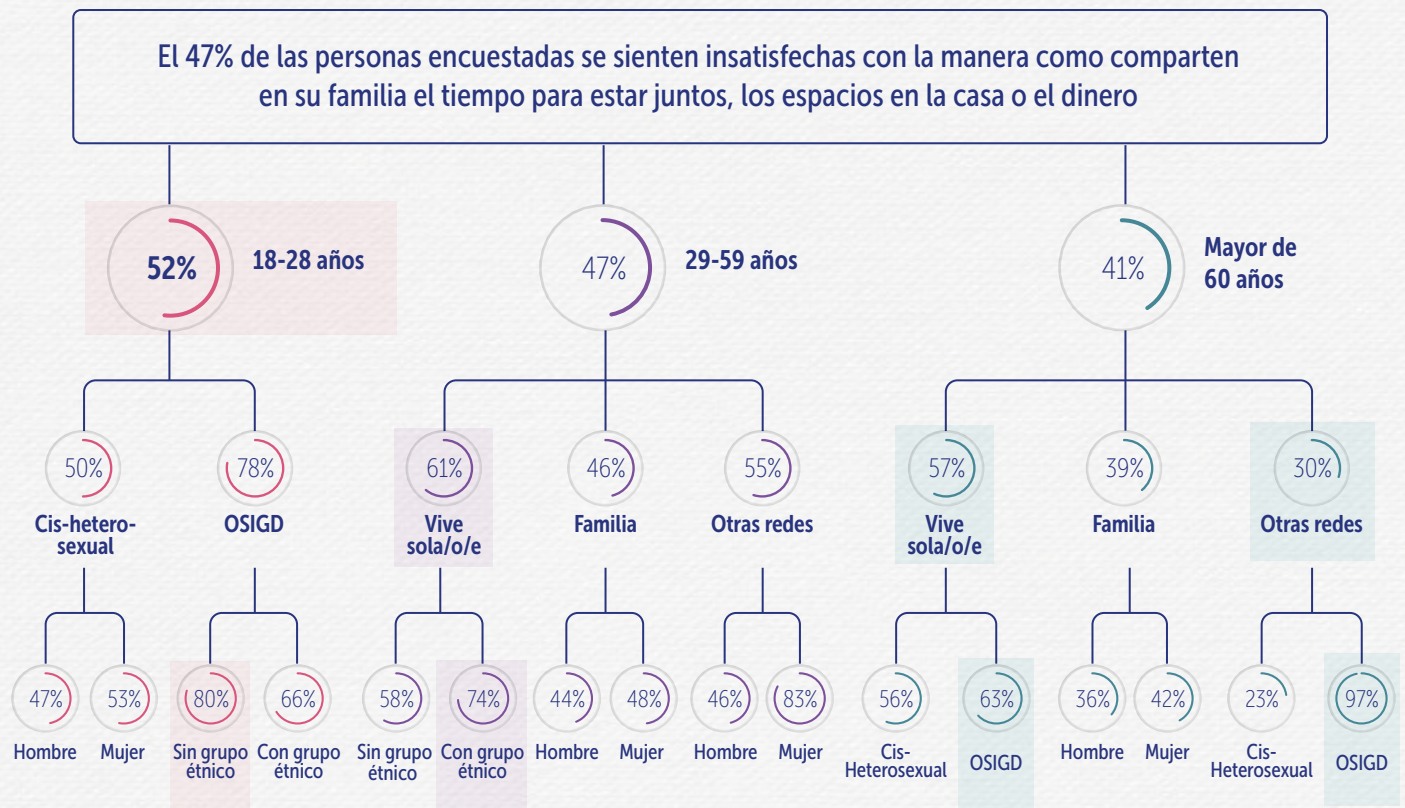
¹² Funciona como un acrónimo, en la que cada letra de APGAR, se relaciona con una inicial de la palabra que denota la función familiar estudiada.

¹³ Porcentaje calculado a partir del factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad.

un grupo étnico, siendo quienes pertenecen las que mayores niveles de insatisfacción tienen con el 74%. En otras palabras, **en las personas adultas (29 a 59 años) quienes se encuentran más insatisfechas con la manera como comparten en su familia el tiempo para estar juntas, los espacios en la casa o el dinero son quienes viven solas y hacen parte de un grupo étnico.**

El 41% de las personas mayores de 60 años se encuentra insatisfechas con su red familiar. Igual que con las personas adultas, la segunda variable que más incide es la configuración del hogar, en donde el 57% de las personas que viven solas se sienten insatisfechas, porcentaje que contrasta con las personas adultas mayores que viven con amigas/os/es en donde los niveles de insatisfacción disminuyen al 30%. La tercera variable que más incide en este grupo etario es tener una OSIGD donde los niveles de insatisfacción se encuentran entre el 63% para las personas que viven solas y el 97% para las que viven con amigas/os/es. En otras palabras, **las personas adultas mayores más insatisfechas con la manera como comparten en su familia el tiempo para estar juntas, los espacios en la casa o el dinero son aquellas tienen una OSIGD ya sea que vivan solas o con sus amigas/os/es.**

Ilustración 14. Árbol de decisión de personas insatisfechas con la red familiar



Nota: cada valor representa el porcentaje de insatisfacción de acuerdo segmento de población analizado.

Fuente: elaboración propia con base en la información del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023.

De esta información se puede concluir que:

- 1.** Hay variables que demuestran que las redes familiares no son las únicas que proveen apoyo social, por ejemplo, la pertenencia un grupo étnico o la conformación de los hogares con amigas/os/es:
- 2.** Hay personas para las cuales su red familiar no es una fuente de apoyo social como las que tienen una OSIGD por lo que es crucial dejar de centrar el apoyo social exclusivamente en el ámbito familiar.

Por otra parte, en cuanto al factor de riesgo arrojado por el modelo, la juventud comprendida entre los 18 y 28 años, es una etapa crítica en el ciclo de vida, donde se producen importantes cambios biológicos, psicológicos, sociales y culturales que influyen en la formación y consolidación de la personalidad, la adquisición de conocimientos y la proyección hacia el futuro. Según la Política Pública de Juventud, es en este periodo cuando los jóvenes construyen y consolidan nuevas redes en entornos relacionales, fundamentales para el desarrollo de sus proyectos de vida. Sin embargo, durante este proceso de construcción, pueden quedar sin el suficiente apoyo social, lo que los expone a un mayor riesgo de trastornos de salud mental. La falta de un entorno relacional sólido y protector en esta etapa puede dificultar su desarrollo personal y profesional, afectando su seguridad y bienestar.

Así pues, es vital reconocer y fomentar la diversidad de las redes de apoyo como un factor protector clave para la salud mental. Centrarse únicamente en la familia como fuente de apoyo puede ser limitante y, en algunos casos, perjudicial. Por lo tanto, es imperativo expandir la visión del apoyo social, incluyendo a amigos y otras redes no familiares, para garantizar un entorno más inclusivo y equitativo que proteja la salud mental de todas las personas, independientemente de su identidad de género, orientación sexual, momento del ciclo vital o situación familiar.

Hallazgo 2. Tener una orientación sexual e identidad de género diversa es un factor de riesgo para el bienestar en salud mental

En el estudio realizado por Kyu Choi et al. (2019) sobre el estrés, la salud y el bienestar de las personas LGBT en Colombia, utilizando la Escala de Salud Mental Kessler-6 para medir la angustia psicológica, se encontró que el 81% de las mujeres bisexuales experimentaron una angustia psicológica moderada, superando a otros grupos dentro de la comunidad LGBT. Además, el estudio reveló que una gran proporción de estas mujeres ha contemplado el suicidio, y una significativa parte ha intentado llevarlo a cabo: el 33% de las mujeres bisexuales y el 22% de las mujeres lesbianas informaron haber intentado suicidarse al menos una vez en sus vidas.

Al analizar la información de la Encuesta de Salud Mental en Bogotá 2023 desde el enfoque de género, el modelo arrojó que las mujeres **con orientaciones sexuales e identidades de género diversas tienen**¹⁴:

- **Un 69% más de probabilidades de tener síntomas de depresión.**
- **Un 61% más de probabilidades de tener conducta suicida.**

Los resultados obtenidos en el APGAR familiar revelaron altos niveles de insatisfacción familiar entre las mujeres con OSIGD. En particular, las mujeres bisexuales (81%), las mujeres transgénero (66%), y las personas no binarias (62%) manifestaron un grado significativo de insatisfacción con sus redes familiares. Estos resultados sugieren que estas poblaciones, que ya enfrentan múltiples desafíos sociales, son más propensas a experimentar una falta de apoyo familiar, lo cual, como se ha argumentado previamente, las expone a un mayor riesgo de trastornos de salud mental.

En síntesis, este hallazgo refleja que tener una orientación sexual e identidad de género diversa constituye un factor de riesgo significativo para el bienestar en salud mental, especialmente en el contexto de Bogotá. La mayor prevalencia de síntomas de depresión y conducta suicida entre las mujeres de estos grupos, sumada a los elevados niveles de insatisfacción familiar, muestra cómo la falta de apoyo dentro de las redes familiares y los entornos inmediatos aumentan los factores de riesgo frente a trastornos de salud mental. Las mujeres bisexuales y transgénero así como las personas no binarias, en particular, experimentan situaciones de discriminación y contextos de riesgo, lo cual no solo afecta su bienestar, sino que también incrementa la probabilidad de que experimenten angustia extrema y conductas de riesgo.

¹⁴ Los porcentajes son calculados mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad. Los resultados obtenidos en relación con la orientación sexual son descriptivos y deben ser tratados con cautela ya que son susceptibles de variación debido a la representatividad de los grupos poblacionales dentro del Estudio.

Hallazgo 3. Ser mujer es un factor de riesgo para el bienestar en salud mental

Las mujeres están más expuestas a trastornos de salud mental debido a las múltiples demandas sociales y familiares que deben enfrentar, las cuales representan una doble o triple jornada de trabajo¹⁵. Como señala Pérez (2021), la conciliación entre la vida familiar y laboral es una de las principales fuentes de estrés para las mujeres, afectando su salud física y mental. Esta carga desigual se traduce en una mayor incidencia de trastornos del sueño, niveles elevados de depresión y, en casos extremos, un aumento en la tasa de suicidios. A diferencia de los hombres, las mujeres experimentan un impacto más significativo en su bienestar debido a la presión de cumplir con roles múltiples e incompatibles.

En Colombia, según el Observatorio Nacional de Salud (2022), las mujeres reportan una mayor concentración de trastornos mentales, lo que contribuye de manera significativa a la pérdida de años de vida saludable (AVISA). Entre los trastornos más comunes se encuentra la ansiedad, especialmente en mujeres de 50 a 59 años. Estos trastornos están fuertemente relacionados con la inequidad de género, la violencia contra las mujeres y los roles culturales impuestos que perpetúan situaciones de afectividad negativa. Estas condiciones socioculturales actúan como factores de riesgo, exacerbando la vulnerabilidad de las mujeres frente a los trastornos mentales.

Al analizar la información de la Encuesta de Salud Mental en Bogotá 2023 desde el enfoque de género, el modelo arrojó que las mujeres:

1. **Por ser mujeres**, tienen un **58% más** de probabilidades de tener síntomas de **trastorno de ansiedad generalizado**.
2. Que son **jefas de hogar y que viven con más miembros de su familia** tienen un **59% más** de probabilidades de tener síntomas de **depresión**.
3. Que se **sienten satisfechas con las tareas domésticas** tienen un **56%** más de probabilidades de tener síntomas de **ansiedad**.
4. Que **son jefas de hogar que viven solo con sus hijas/os/es** tienen un **30% menos** de probabilidades de presentar **conducta suicida**.

¹⁵ La **doble jornada** y la **triple jornada** son conceptos que reflejan la carga de trabajo desproporcionada que enfrentan las mujeres debido a los múltiples roles que desempeñan en los ámbitos reproductivo, productivo y comunitario. La **doble jornada** se refiere a la combinación de responsabilidades del **trabajo reproductivo** (tareas domésticas y de cuidado no remuneradas) con las del trabajo productivo (empleo remunerado o actividades económicas), lo que limita su tiempo personal y afecta su bienestar. Por su parte, la **triple jornada** amplía esta carga al incluir, además, las responsabilidades del **trabajo comunitario**, ya sea en actividades de servicio voluntario, relacionadas con la provisión de recursos colectivos como agua o educación, o en actividades organizativas y políticas. (CONPES 14, 2021)

Tal como se señaló en el hallazgo 1, no todas las redes familiares se configuran como redes de apoyo, lo cual tiene importantes implicaciones en la salud mental de las mujeres, especialmente en el caso de las jefas de hogar. Para estas mujeres, la convivencia con redes familiares no siempre contribuye a su bienestar, sino que puede convertirse en una fuente de estrés, particularmente en la conciliación entre la vida familiar y laboral. Este estrés tiene efectos negativos sobre su salud física y mental, como lo demuestra el hallazgo de que las mujeres jefas de hogar que conviven con más miembros de su familia tienen un 59% más de probabilidades de presentar síntomas de depresión¹⁶. En contraste, aquellas que viven únicamente con sus hijas/os/es tienen un 30% menos de probabilidades de presentar conductas suicidas.

Por otra parte, la satisfacción con las tareas domésticas como un factor de riesgo puede parecer contraintuitivo, pero justamente la dinámica de la doble y triple jornada de trabajo que permite la reproducción de los roles de género lleva a las mujeres a asumir más cargas de las que les corresponden al tiempo que socialmente son juzgadas si no cumplen con estos roles asignados. Así pues, es comprensible que aquellas mujeres que “se sienten al día”, o que están cumpliendo con lo que se espera de ellas con relación al trabajo de cuidado en sus hogares, sufran mayores niveles de estrés y por tanto tengan más probabilidades de tener síntomas de ansiedad. Esta misma dinámica aplica para las mujeres jefas de hogar que viven con otros miembros de su familia además de sus hijos/as/es, pues se encuentran expuestas tanto a mayor sobrecarga de trabajo de cuidado como a la vigilancia del ejercicio de su maternidad.

En síntesis, las condiciones estructurales de inequidad, los estereotipos de género y la doble y triple jornada de trabajo, tienen un impacto desproporcionado en la salud mental de las mujeres. La prevalencia de ansiedad, depresión y conducta suicida demuestran la urgencia de abordar estas problemáticas con un enfoque integral que trascienda la atención médica. Es imperativo que las políticas públicas y las intervenciones en salud reconozcan las múltiples intersecciones que configuran la vida de las mujeres, y que se destinen recursos y estrategias específicas para reducir las barreras de acceso a servicios de salud mental.

¹⁶ Los porcentajes son calculados mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad. Los resultados obtenidos en relación con la jefatura de hogar son descriptivos y deben ser tratados con cautela ya que son susceptibles de variación debido a la representatividad del grupo poblacional dentro del Estudio.

Hallazgo 4. Haber sufrido una experiencia traumática o muy angustiante es un factor de riesgo para el bienestar en salud mental

Menéndez (2021) plantea que en un trauma psíquico se involucran por lo menos dos momentos indisociables. El primero es el acontecimiento que se enfrenta o lo que sucede en un momento determinado (accidentes, violencias, maltratos, muertes, pérdidas, rupturas) y el segundo la forma como se representa ese acontecimiento, a través, por ejemplo, del dolor, el miedo, la angustia y la vivencia emocional del hecho. Este segundo momento se caracteriza por ser subjetivo, singular, simbólico e inconsciente (p. 40).

No basta vivir un suceso negativo, impactante, sobrecogedor, etc. para que produzca un trauma psíquico. Va a depender de cómo se inscribe el hecho, el suceso, en la historia de quien lo vive, de las capacidades personales constitutivas y de la resiliencia de cada uno (biológicas, genéticas, psíquicas, etc.) de las circunstancias en que se produce, así como del entorno que proporcione apoyo, acogida, poder elaborarlo y verbalizarlo, empatía, solidaridad, etc. por parte del medio. (Menéndez, 2021, p. 41)

En este sentido, resulta importante comprender que los sucesos traumáticos no son patológicos por sí mismos, sino con relación a las necesidades y problemáticas de quien los enfrenta. De esta manera, una misma experiencia genera distintas respuestas, de acuerdo con las condiciones y contextos particulares de las personas, la forma como se hayan abordado, los recursos personales y las redes de apoyo social, integrándolo en los hechos vitales y acontecimientos del transcurso de la vida social y del apoyo mutuo y si uno se siente acogido, no culpable, no se patologizan los problemas, ni los sucesos y se permite y favorece la verbalización y elaboración de las violencias vividas, se podrá lograr que ese suceso, ese hecho o acontecimiento no se traduzca en trauma psíquico. (Menéndez, 2021, p. 41)

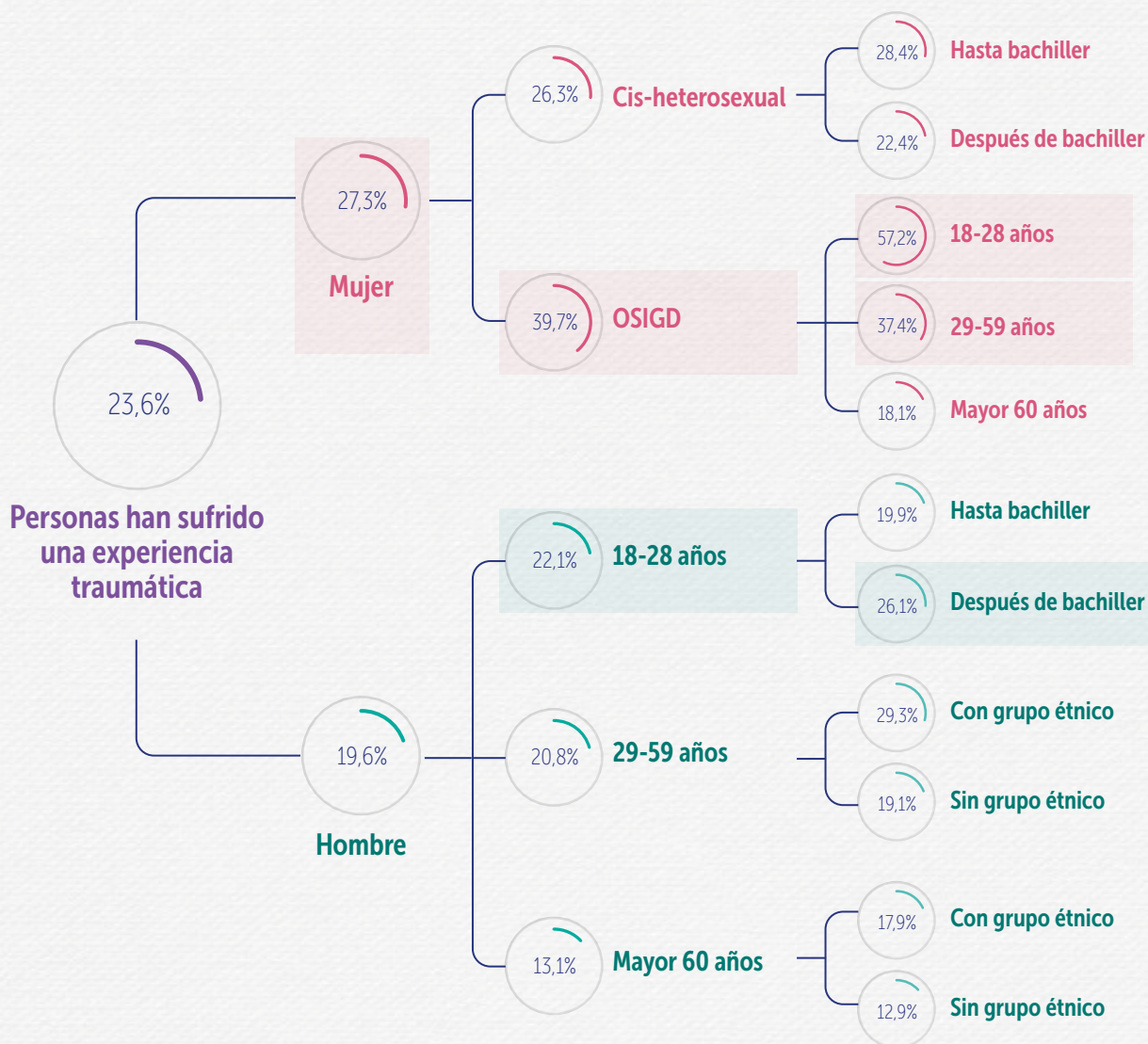
Al analizar la información de la Encuesta de Salud Mental en Bogotá 2023 desde el enfoque de género, el modelo arrojó que haber sufrido una experiencia traumática o muy angustiante que haya alterado el funcionamiento de la vida diaria de manera considerable y que todavía hoy en día lo haga, está asociado a que las mujeres tengan un:

- **63% más de probabilidades de tener síntomas de depresión.**
- **67% más de probabilidades de tener síntomas de trastorno de ansiedad generalizado.**
- **75% más de probabilidades de tener conducta suicida.**

Al indagar mediante un árbol de decisión quiénes son las personas que se encuentran más expuestas a eventos traumáticos como los descritos, se identificó que la primera

variable que más incide es el sexo, siendo las mujeres quienes más han vivido este tipo de sucesos (27,3%). La segunda variable que más incide para las mujeres es tener una OSIGD aumentando la frecuencia de experiencias traumáticas a un 39,7%¹⁷. La tercera variable que más incide para este grupo es la edad, siendo las mujeres jóvenes (57,2%) y las mujeres adultas (37,4%) las que más reportaron experiencias traumáticas. **En otras palabras, las mujeres jóvenes con OSIGD son las más reportan haber sufrido una experiencia traumática o muy angustiante que haya alterado el funcionamiento de la vida diaria de manera considerable y que todavía hoy en día lo haga.**

Ilustración 15. Árbol de decisión de personas que han sufrido una experiencia traumática



Fuente: elaboración propia

¹⁷ Los resultados obtenidos en relación con la orientación sexual son descriptivos y deben ser tratados con cautela ya que son susceptibles de variación debido a la representatividad de los grupos poblacionales dentro del Estudio.

En Colombia, los eventos que potencialmente pueden resultar traumáticos o muy angustiantes para este grupo de mujeres están asociados principalmente a los distintos contextos de violencia; por ejemplo, el 77% de las víctimas de violencia intrafamiliar reportadas en 2023 fueron mujeres, al igual que el 86% de las lesiones por violencia de pareja y el 89% de los exámenes médico legales por presunto delito sexual (INMLCF, 2023). Adicionalmente, se identificó que una de cada cinco personas LGBT en Colombia (21%) ha recibido tratamiento de alguien que trató de cambiar su orientación sexual o de alguien que intentó identificarlas con su sexo asignado al nacer (Kyu et al., 2019).

En este contexto, las experiencias de las personas con orientaciones sexuales e identidades de género diversas en Colombia evidencian que la discriminación y la violencia que se ejerce en las distintas dimensiones de la vida puede constituir eventos que afectan el bienestar integral, ya sea que constituyan microagresiones cotidianas o hechos que podrían asumirse como traumáticas o angustiantes. Al respecto, el estudio de Kyu Choi et al. (2019) revela que el 60% de mujeres lesbianas y el 61% de mujeres bisexuales experimentaron agresión verbal a lo largo de sus vidas. Mientras que el 36% de las personas transgénero el 21% de las mujeres lesbianas y el 17% de las mujeres bisexuales habían sido golpeadas o agredidas físicamente; así como el 20% de las mujeres LGB y el 27% de las personas transgénero han sido agredidas sexualmente. Más personas transgénero (47%) que lesbianas (27%) y mujeres bisexuales (29%) fueron amenazadas con violencia; mientras que al 40% de las personas transgénero se les arrojó un objeto en comparación con el 20% de las lesbianas y el 21% de las mujeres bisexuales.

Finalmente, la relación con la policía es otro escenario en el cual tienen lugar experiencias que pueden resultar traumáticas para las personas LGBT, como los abusos verbales (20%) y físicos (11%), en los que las personas transgénero resultaron significativamente más afectadas. (Kyu et al., 2019). En 2023, el 34.6% de las victimizaciones reportadas por abuso de autoridad correspondió a esta población (Colombia Diversa, 2024, p. 12). Además, la Defensoría del Pueblo señaló que las principales víctimas de violencia policial en espacios públicos son mujeres transgénero, quienes sufren agresiones por el simple hecho de ocupar estos espacios (Defensoría del Pueblo, 2018, p. 33).

En síntesis, el hallazgo destaca que haber experimentado un evento traumático o profundamente angustiante constituye un factor de riesgo crítico para la salud mental, aumentando significativamente las probabilidades de padecer depresión, ansiedad o conducta suicida. La investigación revela que las respuestas individuales a estos eventos están mediadas por factores personales y contextuales, como la disponibilidad de redes de apoyo, que puede atenuar o agravar el impacto del trauma. Además, en Colombia, las experiencias traumáticas están fuertemente ligadas a contextos de violencia estructural y discriminación, especialmente en el caso de las mujeres LBT, quienes enfrentan una exposición recurrente a agresiones físicas, verbales y sexuales, así como a violencia institucional.

Hallazgo 5. Haberse recuperado de las afectaciones por la pandemia de COVID-19 es un factor protector para el bienestar en salud mental

La crisis humanitaria generada por la pandemia de COVID-19 trajo retos para la salud mental y el bienestar de las personas, asociados a las medidas de distanciamiento físico, cuarentenas obligatorias, el cierre de instituciones educativas, los cambios en las capacidades de generación de ingresos, la carga en las tareas de los hogares y las barreras en el acceso a los servicios de salud mental. De acuerdo con la OMS (2022b), en 2020 la pandemia de COVID-19 aumentó un 27,6% los casos de trastorno depresivo mayor y un 25,6% los casos de trastorno de ansiedad en el mundo, provocando 137,1 años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) adicionales por cada 100.000 habitantes y 116,1 por cada 100.000 habitantes, respectivamente. En este contexto, quienes más se vieron afectadas fueron las mujeres, las personas más jóvenes (20 a 24 años) y las personas de países de ingresos bajos y medianos.

Con relación a la conducta suicida, si bien los estudios sobre el impacto de la pandemia de COVID-19 en comportamientos autolesivos y suicidas a nivel mundial arrojan datos heterogéneos, que no permiten establecer cambios significativos desde que empezó la pandemia, fue posible identificar un mayor riesgo entre jóvenes, así como otros factores que aumentaron el riesgo de pensamientos suicidas, como el agotamiento del personal de salud, la soledad y el diagnóstico positivo de COVID-19 (p. 5). Además, se identificó el impacto a largo plazo de la pandemia y la recesión económica asociada a la salud mental, como una preocupación frente a la relación entre conductas suicidas y dificultades económicas (p. 8).

En Colombia, durante la pandemia de COVID-19, el 35% de las personas consultadas presentaron riesgo de depresión, el 31,2% de somatización, el 29,2% de ansiedad, el 21,3% de soledad y el 3,6% baja resiliencia (Sanabria-Mazo et al., 2021, p. 145). Las personas de género no binario registraron las mayores prevalencias de riesgo de depresión (56%), ansiedad (40%), somatización (41,3%) y soledad (48%), mientras que las de género femenino superaron a las de género masculino en riesgo de depresión (36%), ansiedad (30,7%) y somatización (35%). En cuanto a impactos sociales, el 63% reportó cambios negativos en la actividad laboral, el 55,2% en ingresos económicos, el 28,3% en relaciones con amistades, el 24,3% en relaciones familiares o de pareja, y el 12,7% con vecinos (p. 135). Las mujeres experimentaron mayor afectación en ingresos económicos y actividad laboral frente a los hombres (p. 137).

Al analizar la información de la Encuesta de Salud Mental en Bogotá 2023 desde el enfoque de género, el modelo arrojó que las mujeres:

- Que **consideran que la pandemia de COVID-19 afectó su salud mental** tienen un 55% más de probabilidades de tener síntomas de **depresión** y un **56%** más de probabilidades de tener síntomas de ansiedad.
- Que **tuvieron problemas o dificultades económicas graves durante este período o como consecuencia de la pandemia** tienen un **60%** más de probabilidades de tener síntomas de ansiedad.
- Que consideran que **han podido recuperarse de las afectaciones a su salud mental por la pandemia de COVID-19** tienen un **48%** menos de probabilidades de tener síntomas de **depresión**.

Los dos factores de riesgo evidencian que la pandemia de COVID-19 generó afectaciones a la salud mental de las mujeres tanto por la dinámica del confinamiento como por sus efectos económicos (monetarios y de recarga del trabajo de cuidado). Al respecto, el DANE (2021) encontró que las mujeres son quienes más han presentado sentimientos de soledad, estrés, preocupación o depresión como consecuencia de la pandemia y, también, son las que más se sintieron sobrecargadas con las tareas del hogar entre 2020 y 2021. Además, las mujeres jefas de hogar presentan el mayor porcentaje en el reporte de sentimientos de “preocupación y nerviosismo” en comparación con los hombres, con promedios estimados de 42,7% y 37,4%, respectivamente. En este contexto, resulta relevante considerar que el 29% de los/as jefes/as de hogar consideraba en 2021 que su situación económica en el hogar empeorará en el siguiente año, impactando la percepción de ahorro, al encontrar que los hombres perciben que tienen una mayor capacidad de ahorrar parte de sus ingresos (11,3%) en comparación con las mujeres (7,8%).

Con relación al factor protector se evidencia que la pandemia constituyó una experiencia traumática que afectó de manera colectiva a la población general, sin embargo, las afectaciones diferenciales en ciertos grupos poblacionales también estuvieron determinadas por el sentido de agencia de las personas, es decir, la percepción de haber o no haber logrado sobreponerse a la misma. En este sentido, la experiencia de recuperación progresiva refuerza este sentido de agencia personal y genera que las personas dispongan y activen las redes y recursos para afrontar los retos que trajo la pandemia. Por el contrario, quienes tienen la percepción de no haber podido recuperarse de las afectaciones de la pandemia, pierden sentido de eficacia personal y la satisfacción con la forma como se desempeñan en la vida.

Ahora bien, este elemento de la agencia personal que podría entenderse como un asunto individual está también vinculado a factores sociales. Para observarlo, en primera medida se encuentra el árbol de decisiones que caracteriza a las personas que consideran que la pandemia afectó su salud mental. Allí la primera variable que más incide en que las personas consideren que la pandemia afectó su salud mental es que se sientan satisfechas con su capacidad para desempeñarse en la vida, luego:

- Para aquellas personas que sí se encuentran satisfechas, la segunda variable que más incide es la funcionalidad familiar y la tercera variable que más incide es la satisfacción con las tareas domésticas. En otras palabras, **de las personas que se sienten satisfechas con su capacidad para desempeñarse en la vida, las más afectadas por la pandemia son aquellas con disfuncionalidad familiar que se sienten insatisfechas con las tareas domésticas.**
- Para aquellas personas que se sienten insatisfechas, la segunda variable que más incide es la edad, siendo las personas jóvenes las más afectadas (36%). La tercera variable que más incide depende del grupo etario. Para las personas mayores de 60 años es ser jefa de hogar (32%), para las personas adultas la insatisfacción con las tareas domésticas (34%) y para las personas jóvenes la pertenencia a un grupo étnico (51%). En otras palabras, **las personas más afectadas en su salud mental durante la pandemia son jóvenes que pertenecen a un grupo étnico y que se encuentran insatisfechos con su capacidad para desempeñarse en la vida.**

En contraste, el árbol de decisiones de las personas que lograron recuperarse de estas afectaciones a la salud mental evidencia que la primera variable que más incide es la edad, siendo las personas jóvenes quienes más se recuperaron (61,3%) en comparación con las personas adultas (48%). Luego:

- Para las personas jóvenes la segunda variable que más influyó fue la satisfacción con las tareas domésticas, las personas insatisfechas se recuperaron en un 52% mientras que las satisfechas en un 62%. La tercera variable que más influyó fue, en el caso de las personas insatisfechas con las tareas domésticas, la satisfacción con las relaciones familiares en donde las personas satisfechas se recuperaron en un 58% mientras que las insatisfechas en un 39%. En otras palabras, **entre las personas jóvenes, a quienes más se les dificultó recuperarse de las afectaciones generadas por la pandemia a su salud mental fue a aquellas insatisfechas con las tareas domésticas y con sus relaciones familiares.**
- Para las personas adultas, la segunda variable que más influyó fue el nivel educativo pues sólo el 43% de quienes tenían bachillerato o menos se recuperaron en comparación con el 58% de quienes tenían técnico o más. La tercera variable que más influye es la satisfacción con las relaciones familiares ya que el 61% de las personas que se encuentran satisfechas lograron recuperarse en comparación con el 41% de las personas que se encuentran insatisfechas. En otras palabras, **las personas adultas fueron quienes menos lograron recuperarse de las afectaciones a su salud mental durante la pandemia, particularmente aquellas con un nivel educativo de bachillerato o inferior y que se sienten insatisfechas con sus relaciones familiares.**

De esta información se puede concluir que:

1. La afectación a la salud mental de las personas en el marco de la pandemia de COVID-19 estuvo influenciada por múltiples factores, entre ellos, la autopercepción de su habilidad para desenvolverse en la vida, el soporte proporcionado por su red inmediata, la etapa del ciclo de vida en la que se encuentra, la carga asociada al trabajo de cuidado y la pertenencia a un grupo étnico. Este último aspecto puede situarla en contextos de mayor vulnerabilidad debido a la histórica exclusión que han enfrentado estos colectivos.
2. La posibilidad de recuperarse de estas afectaciones a la salud mental se encuentra mediada por la edad, ya que se recuperaron más las personas jóvenes que las adultas, por el nivel educativo y por la satisfacción con las relaciones familiares. En otras palabras, la agencia personal para afrontar esta situación traumática dependió del apoyo social de la red cercana, de la franja etaria y del nivel educativo lo cual evidencia que la agencia no es un ejercicio individual sino depende de factores sociales y del acceso a derechos.

En síntesis, la pandemia impuso numerosos retos al bienestar mental, exacerbados por el aislamiento, el aumento de las responsabilidades de cuidado, la pérdida de ingresos y las barreras para acceder a servicios de salud mental. En este contexto, los impactos fueron más severos para las mujeres, las personas jóvenes y aquellas que pertenecen a un grupo étnico. No obstante, las poblaciones que tuvieron mayores dificultades para recuperarse de la pandemia son las personas adultas, particularmente de nivel educativo hasta bachillerato o inferior y cuya red familiar no se configuró como un apoyo social. Así pues, si bien haberse recuperado de la pandemia es un factor protector, es importante comprender que depende de elementos sociales y del ejercicio de derechos, que a su vez se vinculan con los factores de riesgo relacionados con los contextos diferenciales en los que se sitúan algunos grupos poblacionales, así como con las barreras de acceso a servicios de salud mental que permiten atender las situaciones que se derivaron de la pandemia.

Hallazgo 6. La percepción positiva de la salud mental es un factor protector clave y depende de factores muy diversos

La percepción positiva de la salud mental revela una marcada brecha de género. Según la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), el bienestar emocional, medido a través del sentimiento de felicidad, muestra que un 88,1% de las personas se consideran muy felices, bastante felices o felices. Sin embargo, este sentimiento disminuye con la edad y es más notorio en mujeres.

Al analizar la información de la Encuesta de Salud Mental en Bogotá 2023 desde el enfoque de género, el modelo arrojó que las mujeres que:

1. Se **perciben como felices** tienen un **43%** menos de probabilidades de tener síntomas de **depresión** y un **35%** menos de probabilidades de presentar **conducta suicida**.
2. Se sienten **satisfechas con su estado de ánimo** tienen un **35%** menos de probabilidades de tener síntomas **de depresión**, un **34% menos** de probabilidad de tener síntomas de **ansiedad**, y un 47% menos de probabilidades de presentar **conducta suicida**.
3. Tienen una **percepción positiva de su salud mental** tienen un **42%** menos de probabilidades de tener síntomas de ansiedad y 43% menos de presentar conducta suicida.
4. **No han consultado por un tema de salud mental** tienen un **35%** menos de probabilidades de tener síntomas de **ansiedad**.

Para comprender qué aspectos se encuentran relacionados con las variables arrojadas por el modelo, se realizaron tres árboles de decisión, que arrojaron los siguientes resultados:

Tabla 1. Factores asociados a la percepción positiva y negativa de la salud mental

<p>Factores asociados a la felicidad, satisfacción con el estado de ánimo y percepción positiva de la salud mental</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Disfrute de las actividades diarias • No sentirse cansada • Tener interés en hacer las cosas • Satisfacción con actividades de descanso
---	--

Factores asociados a la infelicidad, insatisfacción con el estado de ánimo y percepción negativa de la salud mental

- Insatisfacción con los tiempos de descanso
- Falta de apetito
- Sentirse inútil
- Sentir nerviosismo, tensión o preocupación
- Perder interés en las cosas
- Tener una incapacidad permanente para trabajar
- Ser mayor de 60 años
- Tener dolores de cabeza frecuentes

Fuente: elaboración propia

La tabla 1 destaca que diversos factores afectan la percepción positiva de la salud mental, muchos de los cuales están vinculados a condiciones específicas que impiden a las mujeres disfrutar plenamente de sus derechos. Un ejemplo claro es la "pobreza de tiempo", derivada de la doble o triple jornada¹⁸, que afecta directamente su satisfacción con las actividades de descanso. La Línea Base de Cuidado (2022) revela que 9 de cada 10 mujeres realizan trabajos domésticos y de cuidado no remunerados, en comparación con 7 de cada 10 hombres. En Bogotá, las mujeres dedican 2 horas y 35 minutos más al día a estas tareas que los hombres, lo que reduce significativamente su tiempo disponible para el descanso. La LBPPMYEG (2022) también mostró que el 83% de las mujeres tiene una baja o nula asistencia a eventos culturales como conciertos, teatro y exposiciones, siendo las localidades de San Cristóbal (76%), Kennedy (72%) y Usme (70%) donde menos participan. En cuanto al estrato socioeconómico, las mujeres de los estratos 4, 5 y 6 tienen mayor participación en estos eventos.

¹⁸ Gómez (2011) explica que las mujeres suelen desempeñar varios roles simultáneamente dentro de la división sexual del trabajo: 1. **Rol reproductivo:** Incluye las tareas domésticas y de cuidado, como la crianza de hijos y la atención de personas en el hogar. Estas actividades no son remuneradas y se consideran "naturales" para las mujeres, lo que limita su participación en la esfera laboral y política. 2. **Rol productivo:** Se refiere al trabajo remunerado realizado tanto por mujeres como por hombres, ya sea en el mercado laboral o en la producción de subsistencia en el hogar. **Rol comunitario:** Puede ser de servicio (principalmente realizado por mujeres de manera voluntaria y no remunerada) o político (generalmente realizado por hombres, con posibles recompensas en dinero, estatus o poder). El **doble rol** se refiere a la combinación del rol reproductivo con el rol productivo, mientras que el **triple rol** incluye también el rol comunitario. Estos conceptos subrayan cómo las mujeres asumen múltiples responsabilidades que limitan sus oportunidades y derechos. (Conpes 14, 2021)

Por otro lado, el 50% de las mujeres no asiste frecuentemente a eventos deportivos o parques recreativos. Además, solo la mitad de las mujeres reporta practicar alguna actividad física como deporte, yoga o ejercicio con una frecuencia de al menos una vez por semana. Es crucial destacar que el 50% restante muestra una nula o baja actividad física, lo cual podría estar relacionado con la sobrecarga de trabajo, tanto remunerado como no remunerado, y las consecuencias negativas para la salud física y mental derivadas de estos factores.

En relación con “no sentirse cansada/o/e”, la LBPPMYEG reveló que, en los siete días anteriores a la encuesta, el 60% de las mujeres reportaron estar cansadas. Este cansancio es más frecuente entre aquellas que buscan trabajo, trabajan y tienen una discapacidad permanente para laborar. La Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) también mostró que las mujeres entre 18 y 44 años duplican a los hombres en cuanto a reportar cansancio (15% vs. 8%), y esta diferencia aumenta a 10 puntos porcentuales entre las mayores de 45 años (28% vs. 18%).

Según la Encuesta Distrital de Salud Mental (2023), los síntomas más comunes en la población adulta, asociados a posibles trastornos de ansiedad, como dolores de cabeza frecuentes, nerviosismo, tensión, asustarse fácilmente y mala digestión, son más prevalentes en mujeres. Los síntomas de posibles trastornos de depresión, como tristeza,

cansancio constante y sensaciones desagradables en el estómago, también se presentan con mayor frecuencia en mujeres.

Estos hallazgos coinciden con la Encuesta Nacional de Salud Mental (2015), donde se observó que el 30,9% de las mujeres reportan dolores de cabeza, el doble que los hombres (14,6%). La LBPPMYEG (2022) también identificó que el 44% de las mujeres han experimentado dolores estomacales y de cabeza, siendo más frecuente entre aquellas expuestas a humillaciones en el trabajo (66%). Por último, en relación con el nerviosismo, la tensión y la preocupación, es importante destacar que, según el Hallazgo 3 de este documento, las mujeres tienen un 58% más de probabilidades de presentar síntomas de trastorno de ansiedad generalizada.

Otro de los aspectos que llama la atención sobre lo expuesto en la tabla 1 es la importancia de tener buen apetito para contar con una percepción positiva de la salud mental. En este contexto, es crucial mencionar los Trastornos de la Conducta Alimentaria (TCA). Estos trastornos, que incluyen la anorexia nerviosa, la bulimia nerviosa y el trastorno por atracones, se caracterizan por una preocupación excesiva por el peso y la forma del cuerpo, acompañada de comportamientos alimentarios extremos, como la restricción voluntaria de alimentos o los episodios de atracones. Los TCA suelen manifestarse durante la adolescencia y afectan

predominantemente a las mujeres, generando un gran sufrimiento y deterioro de la salud y la calidad de vida.

La Encuesta Nacional de Salud Mental (2015) reveló que el 8% de la población infantil reporta comportamientos alimentarios extremos, siendo más común que los niños coman en exceso (9,7% frente al 8,2% en niñas), mientras que las niñas presentan una mayor tendencia a comer poco (8% frente al 6,7% en niños). Sin embargo, en Colombia, los estudios comunitarios sobre TCA son escasos, y la mayoría se han enfocado en jóvenes escolares y universitarios. En estos grupos, se han identificado factores de riesgo como el deseo de perder más del 10% del peso corporal, el estrés percibido y el consumo problemático de alcohol, así como antecedentes familiares de TCA y la insatisfacción con la figura y el peso corporal.

La Encuesta Nacional de la Situación Nutricional en Colombia (ENSIN) de 2005, realizada por el Instituto Colombiano de Bienestar Familiar (ICBF), evidenció percepciones distorsionadas del peso corporal en todas las edades. Un porcentaje significativo de personas con un índice de masa corporal (IMC) normal se percibían como gordas, especialmente en el grupo de 13 a 29 años. De manera preocupante, algunas personas con sobrepeso se consideraban de peso normal, una tendencia que aumenta con la edad.

Asimismo, algunas personas con IMC bajo se percibían como normales o incluso gordas, lo que indica una distorsión de la autoimagen corporal que se asocia con una menor edad.

La relación entre la gordofobia y la salud mental es profunda y es un tema central en el análisis de los TCA y su impacto en las mujeres¹⁹. La gordofobia, entendida como la discriminación hacia los cuerpos gordos, perpetúa estigmas que afectan profundamente la autoestima y el bienestar emocional de las personas, exacerbando síntomas de ansiedad y depresión. Esta discriminación no solo provoca aislamiento social y vergüenza, sino que también se manifiesta en espacios públicos, donde las mujeres con TCA reportan sentirse observadas y juzgadas, especialmente en contextos donde la comida está presente. Así, la presión sociocultural para mantener estándares de delgadez contribuye a agravar los trastornos de salud mental en mujeres, que ya se encuentran en una situación de vulnerabilidad debido a las múltiples cargas que enfrentan.

Finalmente, el tercer aspecto que destaca de la tabla 1 es la tendencia de las personas adultas mayores a tener una percepción negativa de su salud mental. Este fenómeno puede estar estrechamente relacionado con el edadismo, una forma de discriminación por la edad que impacta profundamente en la salud

¹⁹ Chavarriga Pérez, Uribe Gómez, & Gañán Moreno, 2024; Jimenez Jimenez & Jacinto Silva, 2022; Delgado Jaimes, 2016; Díaz Mogollón, 2022; Salas Montaña, 2021

mental y física de esta población. Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), el edadismo no solo contribuye a un deterioro significativo de la salud mental, aumentando el riesgo de aislamiento social y reduciendo la calidad de vida, sino que también está asociado con un mayor riesgo de deterioro cognitivo y una esperanza de vida reducida en hasta 7.5 años (Penny, 2024).

Es importante destacar que el edadismo no actúa de manera aislada, sino que a menudo se entrelaza con otras formas de discriminación, como la de género, creando lo que se conoce como "edadismo de género". Este tipo de discriminación afecta de manera desproporcionada a las mujeres mayores, quienes ya enfrentan una vida marcada por la desigualdad de género en ámbitos como el trabajo y las responsabilidades de cuidado. Como resultado, las mujeres mayores no solo experimentan una mayor vulnerabilidad económica, dependiendo en muchos casos de pensiones más bajas y enfrentando un mayor riesgo de pobreza, sino que también sufren una peor calidad de vida debido a problemas de salud crónicos y emocionales que son a menudo invisibilizados o desatendidos en el sistema de salud (Mota López et al., 2024).

En síntesis, este hallazgo revela que una percepción positiva de la salud mental actúa como un importante factor protector, y se relaciona con diversos aspectos emocionales y de satisfacción. Las mujeres que reportan felicidad, satisfacción con su estado de ánimo o

que perciben su salud mental de manera favorable presentan menores probabilidades de experimentar síntomas de depresión, ansiedad o conducta suicida. Sin embargo, múltiples barreras, como la sobrecarga de trabajo no remunerado, la limitada participación en actividades culturales y deportivas, así como el agotamiento generalizado, impiden que muchas mujeres desarrollen y sostengan esta percepción positiva. Estos factores, junto con las desigualdades de género en el tiempo dedicado al cuidado, reducen su bienestar y aumentan el riesgo de condiciones de salud mental negativas. Adicionalmente, fenómenos como la gordofobia y el edadismo refuerzan estigmas y discriminaciones que afectan la salud mental, especialmente en mujeres mayores y con cuerpos que no responden a los estándares de delgadez socialmente impuestos.

Hallazgo 7. La división de los cuerpos entre funcionales y no funcionales se configura como un factor de riesgo para la salud mental

Al analizar la información de la Encuesta de Salud Mental en Bogotá 2023 desde el enfoque de género, el modelo arrojó que **las mujeres que se sienten satisfechas con su capacidad para desempeñarse en la vida diaria** tienen un **45%** menos de probabilidades de tener síntomas de **depresión**.

Este dato se exploró con mayor profundidad mediante un ejercicio de árbol de decisión. Allí se observó que el 78,2% de las personas se sienten **satisfechas** con su capacidad para desempeñarse en la vida diaria²⁰. La primera variable que más incide en esta percepción es la ocupación principal encontrándose más satisfechas las personas que trabajan (85%), las que estudian (73%) y las que cuidan de otras personas (70%), en contraste con las personas incapacitadas permanentemente para trabajar, cuyos niveles de insatisfacción se reducen al 43%. Luego²¹:

- Para las personas que se encuentran trabajando, la segunda variable que más incide es sentirse satisfecho con la ayuda familiar, encontrando que el 91% de las personas que cumplen estas dos características se sienten satisfechas con su capacidad para desempeñarse en la vida. Finalmente, la tercera variable que más incide es el nivel educativo, siendo las personas con técnico o superior quienes se sienten satisfechas en un 95%. En otras palabras, **las personas que más se encuentran satisfechas con su capacidad para desempeñarse en la vida diaria son aquellas que se encuentran trabajando, que se sienten satisfechas con la ayuda familiar y que tienen un nivel educativo técnico o superior.**
- Para las personas que se encuentran incapacitadas permanentemente para trabajar, la siguiente variable que más incide es el nivel educativo, pues en aquellas que tienen hasta bachillerato o menos, el nivel de satisfacción disminuye hasta el 31%, mientras que la satisfacción en técnico o más asciende al 72%. La tercera variable que más incide varía de acuerdo con el nivel educativo. Para las personas con bachillerato o menos la variable que más incide es la satisfacción con la ayuda familiar, mientras que para las personas con técnico o más la variable que más influye es la pertenencia a un grupo étnico. **En otras palabras, las personas que se sienten más insatisfechas con su capacidad para desempeñarse en la vida diaria son aquellas que tienen**

²⁰ Este porcentaje es calculado a partir del factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad.

²¹ Los porcentajes son calculados mediante el factor de expansión del Estudio de Salud Mental en Bogotá D.C., 2023, para el total de la población en la ciudad. Los resultados obtenidos en relación con la ocupación y el nivel educativo son descriptivos y deben ser tratados con cautela ya que son susceptibles de variación debido a la representatividad de los grupos poblacionales dentro del Estudio.

incapacidad permanente para trabajar, que tienen un nivel educativo de bachillerato o menos y que se sienten insatisfechas con la ayuda familiar o que pertenecen a un grupo étnico.

Este contraste refleja una tensión derivada del sentido de productividad asignado a los cuerpos. La funcionalidad, entendida desde el paradigma de la "capacidad corporal obligatoria" propuesto por McRuer (2006), se configura como un mandato que asocia la humanidad plena con la posesión de un cuerpo considerado útil para las dinámicas productivas y reproductivas de la sociedad. Este sistema, profundamente arraigado en contextos históricos como el capitalismo industrial del siglo XIX, establece que ser "libre" para participar en el mercado laboral implica tener un cuerpo capaz, consolidando así una identidad del trabajador corporalmente funcional (McRuer, 2002, p. 92). Esta ideología capacitista, como señalan Bolt (2007) y Singer y Bacon (2020), naturaliza la superioridad de ciertos atributos corporales y excluye a quienes se desvían de la norma, relegándolos a espacios marginales y desvalorizándolos social y culturalmente. Tal dinámica, además de generar exclusión, vincula la funcionalidad del cuerpo con la percepción de bienestar y salud mental, reforzando estigmas hacia aquellos que no cumplen con los estándares corporales hegemónicos.

Desde esta perspectiva, la salud mental se ve afectada cuando se mide bajo parámetros jerárquicos que priorizan cuerpos funcionales y productivos. Esta visión capacitista, al asumir que la normalidad y la salud están determinadas por la capacidad de participar en actividades productivas como el trabajo o el estudio, perpetúa dinámicas de discriminación y exclusión (Maldonado, 2020). Así, los cuerpos que no se ajustan a esta lógica no sólo son percibidos como inferiores, sino también como menos humanos, lo que impacta negativamente en la percepción que las personas tienen de sí mismas y en su bienestar emocional (Campbell, 2001, p. 44). La imposición de un estándar corporal genera un profundo malestar psicológico, al posicionar como obligatorio un ideal de autosuficiencia y éxito que no reconoce la diversidad corporal y mental como dimensiones inherentes a la humanidad.

Lo anterior se encuentra reforzado en los resultados de la Encuesta Distrital de Salud Mental (2023) que arrojó que las personas adolescentes y mayores de 18 años consultadas priorizaron tres opciones de respuesta para establecer ¿qué es tener salud mental? La mayoría consideraron que está relacionada con, en primer lugar, ser productivo, trabajar y/o estudiar (94.13 %); en segundo lugar, pensar, reflexionar, aprender de la vida (89.87 %); y, en tercer lugar, divertirse, gozar, disfrutar y vivir la vida (85.3 %).

En síntesis, este hallazgo evidencia que la satisfacción con la capacidad para desempeñarse en la vida diaria constituye un factor protector de la salud mental de las mujeres, quienes reportan un 45% menos de probabilidades de experimentar síntomas de

depresión cuando se sienten satisfechas en este aspecto. Esta percepción se asocia principalmente a la ocupación y productividad en la sociedad, además de factores como el nivel educativo, la edad y las redes familiares. La Encuesta de Salud Mental de 2023 en Bogotá refleja una concepción de la salud vinculada a la productividad, el goce de la vida y la superación de dificultades. Sin embargo, esta perspectiva, basada en la funcionalidad y productividad, resulta ser reduccionista y capacitista, ya que impone una jerarquización de los cuerpos según su funcionalidad percibida. De esta manera, se promueve una visión excluyente que considera sanas y normales únicamente a aquellas personas que se alinean con un ideal de autosuficiencia competitiva y éxito. En este sentido, la división entre cuerpos “funcionales” y “no funcionales” se configura como un factor de riesgo, afectando la autopercepción y bienestar de las personas, especialmente de quienes no cumplen con los estándares de productividad.

Conclusiones

- 1.** El bienestar en salud mental está relacionado con las redes de apoyo, las cuales no se limitan exclusivamente al ámbito familiar. Reconocer y fortalecer la diversidad de estas redes, incluyendo amistades y otros vínculos no familiares, es fundamental para promover entornos inclusivos y equitativos. Esta ampliación de perspectiva resulta esencial para proteger la salud mental de las personas, garantizando que factores como la identidad de género, la orientación sexual, el ciclo vital o la situación familiar no sean barreras para acceder a un soporte emocional adecuado.
- 2.** Ser mujer con una orientación sexual y/o identidad de género diversa representa un factor de riesgo para el bienestar en salud mental, debido a las experiencias de discriminación y la ruptura de redes familiares. En Bogotá, estos grupos presentan una mayor prevalencia de síntomas de depresión y conducta suicida, junto con altos niveles de insatisfacción familiar.
- 3.** Las desigualdades de género y las condiciones estructurales de inequidad impactan de manera desproporcionada la salud mental de las mujeres, debido a factores como la sobrecarga de tareas de cuidado, la pobreza de tiempo y los estereotipos de género. La alta prevalencia de ansiedad, depresión y conducta suicida entre ellas resalta la necesidad de abordar estas problemáticas desde un enfoque integral que vaya más allá de la atención médica.
- 4.** Haber vivido un evento traumático representa un factor de riesgo para la salud mental, al incrementar la probabilidad de desarrollar depresión, ansiedad o conducta suicida. La magnitud de su impacto está influida por factores personales y contextuales, como el acceso a redes de apoyo. En Colombia, estas experiencias están marcadas por la violencia estructural y la discriminación, afectando especialmente a mujeres LBT, quienes enfrentan agresiones constantes y violencia institucional.
- 5.** La pandemia representó un desafío significativo para el bienestar mental, con impactos desproporcionados en mujeres, personas jóvenes y personas que pertenecen a grupos étnicos. Sin embargo, las personas adultas con niveles educativos bajos y redes familiares poco funcionales enfrentaron mayores dificultades para recuperarse. Aunque la recuperación de la pandemia actúa como un factor protector, esta depende de condiciones sociales, el ejercicio efectivo de derechos y el acceso a servicios de salud mental.

- 6.** Una percepción positiva de la salud mental se consolida como un factor protector esencial frente a síntomas de depresión, ansiedad y conducta suicida en las mujeres. No obstante, barreras como la sobrecarga de trabajo no remunerado, el acceso limitado a actividades recreativas y el agotamiento, sumadas a desigualdades de género en las responsabilidades de cuidado, dificultan el desarrollo de esta percepción positiva. Asimismo, dinámicas de discriminación como la gordofobia y el edadismo agravan los riesgos para la salud mental, especialmente en mujeres mayores y en aquellas cuyos cuerpos no se ajustan a los estándares sociales.

- 7.** La satisfacción con la capacidad de desempeño en la vida diaria se identifica como un factor protector de la salud mental en las mujeres, reduciendo significativamente las probabilidades de experimentar síntomas de depresión. No obstante, los resultados también evidencian los riesgos de una concepción de salud centrada en la productividad y funcionalidad, que refuerza dinámicas capacitistas al jerarquizar a las personas según su capacidad funcional. Esto afecta negativamente el bienestar de quienes no cumplen con estos estándares.

Recomendaciones

- 1.** Propender espacios que permitan el fortalecimiento de las redes familiares y no familiares de modo tal que se constituyan como un apoyo social.
- 2.** Fortalecer políticas intersectoriales que permitan la redistribución social del trabajo de cuidado.
- 3.** Llevar a cabo campañas de transformación cultural que incidan en creencias e imaginarios que alimenten factores de riesgo frente a la salud mental, como la homofobia, la transfobia, el capacitismo, la gordofobia y la recarga del trabajo de cuidado.
- 4.** Facilitar el acceso a servicios de salud mental a las poblaciones que presentan mayores afectaciones como consecuencia de dinámicas estructurales (LBT, mujeres jefas de hogar, con pertenencia étnica, sin acceso a educación superior, jóvenes, etc.).
- 5.** Promover espacios de disfrute y de pedagogía en torno a hábitos que fortalezcan una percepción positiva de la salud mental.
- 6.** Dadas las características del instrumento hubo algunos factores de riesgo y protectores que no pudieron indagarse en el modelo, pero que valdría la pena incorporarlos para próximos levantamientos de información, a saber:
 - a)** Estado civil
 - b)** Tener o no creencias religiosas
 - c)** Percepción sobre historial personal y familiar de episodios depresivos
 - d)** Otros trastornos de salud mental
 - e)** Percepción de experiencias traumáticas que hayan vivido (violencia intrafamiliar, violencia sexual, agresiones en el espacio público, conflicto armado, migración, ruptura y/ separación conyugal).
 - f)** Percepción en torno a las condiciones laborales (Desempleo, inestabilidad laboral y/o condiciones labores precarizadas)
 - g)** Si es dependiente económicamente
 - h)** Tener o no enfermedades médicas crónicas o que ocasionen dolor físico.
 - i)** Haber tenido embarazos
 - j)** Percepción sobre condiciones medioambientales

Bibliografía

Braunstein, N.A. (1980) *Psiquiatría, teoría del sujeto, psicoanálisis (hacia Lacan)* Siglo Veintiuno Editores. México.

Chavarriga Pérez, V., Uribe Gómez, M., & Gañán Moreno, A. (2024). Exploración de las experiencias y relaciones entre el trastorno de conducta alimenticia y la gordofobia desde la perspectiva de un grupo de adultos-jóvenes en Medellín (Colombia). *Psicoespacios*, 18(32). Recuperado de: <http://doi.org/10.25057/21452776.1546>

Chávez Turello, A. L. (2022). Impacto de la pandemia de COVID-19 en cuestiones de género, redes de apoyo social y salud mental: reflexiones y propuestas. *Revista de Investigación Psicológica*, (27), 189-208.

Delgado Jaimes, S. R. (2016). ¿Cómo se construye una gorda? De Cromos al activismo: aproximación a las representaciones de los cuerpos gordos en Colombia. Pontificia Universidad Javeriana.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística- DANE (2021) *Salud Mental en Colombia: un análisis de los efectos de la pandemia*. [Nota estadística]. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/notas-estadisticas/ago-2021-nota-estadistica-salud-mental-en-colombia-analisis-efectos-pandemia.pdf>

Díaz Mogollón, M. C. (2022). *Resistencias gordas bogotanas: espacialidad y fronteras estéticas*. Universidad Santo Tomás.

Durkheim, É. (1897). *El suicidio: Estudio de sociología*. Madrid: Akal (La traducción y la editorial pueden variar dependiendo de la edición).

Farfán Trujillo, P. A., Rivera Perea, T. V., & Barón Romero, M. A. (2023). *La violencia uniformada: Una radiografía del abuso policial en Colombia (2019-2023)*. Fundación Comité de Solidaridad con los Presos Políticos. Recuperado de <https://co.boell.org/sites/default/files/2023-10/informe-violencia-policia.pdf>

House, J. S. (1981). *Work stress and social support*. Addison-Wesley.

Hobfoll, S. E., & Stokes, J. P. (1988). The process and mechanics of social support. En S. W. Duck (Ed.), *Handbook of personal relationships* (pp. 497-517). Wiley.

Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. (2023). Forensis 2022: Datos para la vida. Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses. Recuperado de: https://www.medicinalegal.gov.co/documents/20143/989825/Forensis_2022.pdf

Jimenez Jimenez, M. L., & Jacinto Silva, M. (2022). Mulheres gordas: gordofobia, violências e (Re)existências. *Revista Corpo-grafías: Estudios Críticos de y desde los Cuerpos*, 9(9), 149-161. Recuperado de: <https://doi.org/10.14483/25909398.20255>

Kyu Choi, S., Divsalar, S., Flórez-Donado, J., Kittle, K., Lin, A., Meyer, I. H., & Torres-Salazar, P. (2019). Estrés, salud y bienestar de las personas LGBT en Colombia. Resultados de una encuesta nacional.

Maldonado Ramírez, Jhonatthan. (2020). Sentir la discapacidad en tiempos neoliberales: optimismo cruel y fracaso. *Nómadas*, (52), 45-59. <https://doi.org/10.30578/nomadas.n52a3>

Menéndez- Osorio, F. M. (2021) Trauma, vulnerabilidad y resiliencia. La patologización de los sucesos “traumáticos” de la vida. *Norte de Salud Mental*, 17 (64), 39-46.

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Encuesta Nacional de Salud Mental 2015. Bogotá, Colombia. https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031102015-salud_mental_tomol.pdf https://www.minjusticia.gov.co/programas-co/ODC/Publicaciones/Publicaciones/CO031092015-documento_final_ensm_tomoll.pdf

Mota López, R., Santaolalla Pascual, A., & García Galbeño, E. (2024). Edadismo de género y mujeres mayores: Trabajo social desde una perspectiva interseccional. En E. M. Rubio Guzmán, J. M. Pérez Viejo, & F. J. García-Castilla (Eds.), *La interseccionalidad: Un enfoque clave para el trabajo social* (pp. 49-66). Dykinson. <https://doi.org/10.14679/3139>

Organización Mundial de la Salud. (1988). Informe anual de la Organización Mundial de la Salud.

Organización Mundial de la Salud- OMS (2022a) Nota descriptiva sobre trastornos mentales. Recuperado de: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>

Organización Mundial de la Salud- OMS (2022b) Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia: Resumen científico. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/354393/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-spa.pdf?sequence=1>

Organización Mundial de la Salud- OMS (2023) Nota descriptiva sobre Depresión. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>

Palacio, D. C. (2015). Redes, actores y gobernanza desde un enfoque relacional. Hojas de ruta.

Penny, E. (2024). Discriminación por la edad: Edadismo. Revista de la Sociedad Peruana de Medicina Interna, 37(1), 7-8. <https://doi.org/10.36393/spmi.v37i1.841>

Salas Montaña, D. M. (2021). Apariencias que desbordan el amor familiar: Mujeres, gordura y desobediencia. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Ciencias Humanas.

Secretaría Distrital de Planeación. (2019). Política Pública Distrital de Juventud 2019-2030 [PDF]. https://www.sdp.gov.co/sites/default/files/conpes_08_sdis_pp-j_pdf_final_23.01.2019.pdf

Secretaría Distrital de la Mujer (2022) Línea base de Cuidado. Bogotá D.C. Recuperado el 16 de junio de 2024 https://omeg.sdpmujer.gov.co/phocadownload/2023/Informe-Resultados_LB_CUIDADO-2.pdf

Secretaría Distrital de la Mujer. (2022). Informe de resultados: Línea base de la Política Pública de Mujeres y Equidad de Género en Bogotá D.C. https://omeg.sdpmujer.gov.co/phocadownload/2022/infografias/Informe_de_resultados_Linea_Base_Politica_Publica.pdf.



Salud mental de las mujeres en Bogotá:

Diagnóstico de factores de riesgo y protectores



SECRETARÍA DE
LA MUJER

