



Artículo original

Trastornos depresivos y de ansiedad y factores asociados en la población adulta colombiana, Encuesta Nacional de Salud Mental 2015



Carlos Gómez-Restrepo^{a,*}, Nathalie Tamayo Martínez^b, Adriana Bohórquez^c, Martín Rondón^d, Mauricio Medina Rico^e, Hernet Rengifo^f y Nubia Bautisa^g

^a MD Psiquiatra, Psiquiatría de Enlace, MSc Epidemiología Clínica, Psicoanalista. Profesor titular Director Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^b MD Psiquiatra, MSc (cand) Epidemiología Clínica, Psiquiatra de Enlace. Investigadora Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c MD Psiquiatra, MSc Epidemiología Clínica, Profesora Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^d Estadístico, Bioestadístico, Coordinador Maestría de Bioestadística. Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^e MD Psiquiatra, Estadístico, Bioestadístico, Coordinador Maestría de Bioestadística. Departamento Epidemiología Clínica y Bioestadística, Departamento Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^f Odontólogo, Mágister en Salud Pública, delegado de la Dirección de Epidemiología y Demografía, Bogotá, Colombia

^g MD Psiquiatra, Coordinadora Grupo de Gestión Integrada para la Salud Mental de la Subdirección de Enfermedades no Transmisibles Ministerios de Salud y Protección Social, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 29 de noviembre de 2015

Aceptado el 15 de abril de 2016

On-line el 30 de junio de 2016

Palabras clave:

Encuestas epidemiológicas

Depresión

Trastornos de ansiedad

Trastornos mentales

R E S U M E N

Introducción: Las enfermedades mentales son la primera causa de años vividos con discapacidad, contribuyen al 7,4% de los años de vida ajustados por discapacidad y esto aumenta en la medida en que disminuyen los producidos por enfermedades transmisibles.

Objetivos: Determinar la prevalencia y los factores asociados a los principales trastornos mentales depresivos y ansiosos.

Métodos: Datos obtenidos de la IV Encuesta Nacional de Salud Mental con representatividad de cinco regiones. Se realiza una encuesta estructurada computarizada con el CIDI-CAPI 3.0, centrada en los más frecuentes trastornos depresivos y ansiosos. Se tomó una muestra de 10.870 adultos mayores de 18 años.

Resultados: La prevalencia de cualquiera de estos trastornos alguna vez en la vida es del 10,1%, (intervalo de confianza del 95% [IC95%], 8,8%-11,5%) de las personas de 18-44 años y el 7,7% (IC95%, 6,5%-9,1%) de los mayores de 45 años. En los últimos 12 meses, el 5,1% (IC95%, 4,3%-6,0%) del grupo más joven y el 2,3% (IC95%, 1,8%-3,0%) del de más edad. De las personas con alguno de los trastornos mentales medidos, el 17,6% (IC95%, 13,1%-23,4%) presentan dos o más trastornos; es más frecuente la comorbilidad en mujeres (20,4%; IC95%,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez.restrepo@yahoo.com (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.009>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

14,2%-28,3%) que en varones (13,5%; IC95%, 7,9%-22,0%). El trastorno depresivo mayor es el más prevalente de los trastornos, con una prevalencia de vida del 4,3% (IC95%, 3,7%-5,0%). Entre los factores asociados a cualquier trastorno, se encontró en el modelo multivariable que estar separado, viudo o divorciado (*odds ratio* [OR] = 1,3), el intento de suicidio previo (OR = 3,3) y tener seis o más rasgos de personalidad limítrofe (OR = 2,7) incrementan el riesgo de sufrírselos

Conclusiones: Los trastornos mentales de ansiedad y depresión suponen una importante carga de enfermedad para Colombia.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Depression and Anxiety Disorders and Associated Factors in the Adult Colombian Population, 2015 National Mental Health Survey

A B S T R A C T

Keywords:

Epidemiological surveys
Depression
Anxiety disorders
Mental disorders

Introduction: Mental disorders are the first causes of disability adjusted life years (DALY), contributing with the 7.4%. This value increases as the DALYs of the transmittable diseases decrease.

Objectives: To determine the prevalence and associated factors of the major depressive and anxious disorders.

Methods: Data obtained from the IV Mental Health Survey with representation from 5 regions. A computerised interview was conducted, focusing on the most frequent anxiety and depressive disorders, using the CIDI CAPI 3.0. A sample of 10,870 adults over 18 years old was obtained.

Results: The lifetime prevalence of any of these disorders is 10.1% (95% CI: 8.8-11.5) in the population between 18 and 44 years, and of 7.7% (95% CI: 6.5-9.1) in those older than 45 years. The prevalence in the last 12 months was 5.1% (95% CI: 4.3-6.0) in the younger group, and 2.3% (95% CI: 1.8-3.0) in the older group. Of the people with evaluated mental disorders, 17.6% (95% CI: 13.1-23.4) had 2 or more disorders, a comorbidity that is more common in the female population (20.4%, 95% CI: 14.2-28.3) than in males (13.5%, 95% CI: 7.9-22.0). Major depressive disorder is the most prevalent of the disorders, with a lifetime prevalence of 4.3% (95% CI: 3.7-5.0). After adjusting in a multivariate model, being divorced or widowed (OR=1.3), previous suicide attempt (OR=3.3), and having 6 or more features of border-line personality, were associated with an increased risk of presenting with any of the studied disorders.

Conclusions: Anxiety and depressive mental disorders are an important health burden in Colombia.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

Las personas con enfermedad mental son víctimas de estigmatización y discriminación, tienen mayor dificultad para acceder a los servicios de salud, encuentran mayores barreras para acceder a educación y trabajo y con mayor frecuencia se vulneran sus derechos¹. Esto se refleja en que en 2010 las enfermedades mentales fueron la primera causa de años vividos con discapacidad en todo el mundo, contribuyen al 7,4% de los años de vida ajustados por discapacidad (AVAD) y estos han aumentado en la medida en que disminuyen los producidos por enfermedades transmisibles².

Por lo tanto, es una necesidad conocer la prevalencia de trastornos mentales para diseñar, implementar y evaluar políticas que reduzcan la carga de estas condiciones. Por eso en

todo el mundo se han realizado encuestas nacionales; la OMS reporta la implementación de 28 y los resultados de 14 de ellos, entre los que se encuentran el Estudio Nacional de Salud Mental de Colombia de 2003, México, Estados Unidos, Bélgica, Francia, Alemania y Japón.

En relación con la prevalencia en los últimos 12 meses, los resultados han sido variables. Por ejemplo, la presencia de cualquier trastorno mental ha sido la menor (4,3%) en Shanghái; la mayor (26,4%), en Estados Unidos, y en Colombia ha sido del 17,8%, en todos los casos concordante en la mayor prevalencia de trastornos de ansiedad, que varían del 2,4 al 18,2%, seguidos de los trastornos del afecto (1,7-9,6%)³ (en Colombia en 2003 fueron el 10 y el 6,8% respectivamente). En cuanto a cada trastorno, los más frecuentes en los últimos 12 meses son la fobia específica, del 2,7 al 8,7% (el 6,0% en Colombia), el trastorno depresivo mayor, del 1,5 al 6,7% (el 5,6% en

Colombia), y la fobia social, del 1,0 al 6,8% (el 2,5% en Colombia)⁴⁻⁶. El analizar la prevalencia de vida, la de cualquier trastorno del afecto es del 11,2% en Italia y el 9,1% en México; en los últimos 30 días, del 1,5 y el 1,9%, y se mantiene la fobia específica como la más frecuente, seguida del trastorno depresivo mayor y la fobia social^{4,6}.

Al analizar los factores asociados a los trastornos, se encuentran diferentes características. Por ejemplo, los relacionados con trastornos de ansiedad se relacionan con ser mujer, la edad, los menores recursos económicos, estar separado o viudo, el consumo de alcohol, los eventos estresantes en la infancia, las comorbilidades médicas y el antecedente de enfermedad mental en los padres^{5,7}. En el análisis de los resultados del estudio de 2003 en Colombia, los factores asociados con tener algún trastorno de ansiedad en varones fueron el consumo de tabaco (odds ratio [OR]=2,4; intervalo de confianza del 95% [IC95%], 1,55-3,57), tener comorbilidades médicas (OR=8,6; IC95%, 5,65-13,11), haber tenido otra enfermedad mental (OR=4,9; IC95%, 1,08-21,78), conflictos en la infancia con los cuidadores (OR=5,6; IC95%, 3,03-10,26), un nivel de ingresos alto (OR=2,3; IC95%, 1,17-4,37) y vivir en área rural (OR=0,4; IC95%, 0,18-0,9); en mujeres, los factores asociados fueron haber tenido una experiencia estresante (OR=1,7; IC95%, 1,05-2,58), comorbilidades médicas (OR=7; IC95%, 5,37-9,21), haber tenido otra enfermedad mental (OR=16,1; IC95%, 7,58-34,09), conflictos en la infancia con los cuidadores (OR=3,5; IC95%, 2,43-5,13) y vivir en área rural (OR=2,3; IC95%, 1,3-4,38)⁸.

Los factores relacionados con trastornos del ánimo son estar separado, divorciado o viudo, fumar o ser exfumador (varones), antecedente de enfermedad mental, conflictos en la infancia con los cuidadores, comorbilidad médica y experiencias graves⁹. En Colombia en 2003 se encontró que para los varones es la escolaridad, con mayor riesgo a más años de escolaridad y estar separado, divorciado o viudo (OR=3,8; IC95%, 1,8-7,34), fumar (OR=2,5; IC95%, 1,47-4,43), haber tenido una experiencia estresante (OR=2,3; IC95%, 1,05-5,09), comorbilidades médicas (OR=8; IC95%, 5-12,67), haber tenido otra enfermedad mental (OR=5,8; IC95%, 1,24-23,45) y conflictos en la infancia con los cuidadores (OR=5,7; IC95%, 2,9-11,07). Para las mujeres, los factores asociados fueron estar separada, divorciada o viuda (OR=1,8; IC95%, 1,23-2,54), fumar (OR=1,7; IC95%, 1,08-2,61), haber tenido una experiencia estresante (OR=2; IC95%, 1,16-3,38), comorbilidades médicas (OR=13,6; IC95%, 9,43-19,63), haber tenido otra enfermedad mental (OR=21,3; IC95%, 9,5-47,8) y conflictos en la infancia con los cuidadores (OR=5,7; IC95%, 2,98-10,68)⁸.

El objetivo que se presenta en este artículo es la descripción de los principales trastornos mentales en la población colombiana de 18 o más años, estimando la prevalencia en los últimos 30 días, en el último año y en la vida, así como establecer los factores asociados con sufrirlos.

Métodos

Es un estudio observacional de corte transversal y ámbito nacional, que tuvo como base una submuestra de la muestra maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social. La población de referencia son

personas de 18 o más años no institucionalizada; la muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por sexo, edad (18-44 y ≥ 45 años) y las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá); con representatividad según los grupos de estratificación, estos están ponderados y son representativos de la población colombiana. La descripción detallada de la metodología se explica en otros artículos y el protocolo de estudio, que se puede ver en la página web del Ministerio de Salud.

Para este estudio se utilizó la Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0), con criterios diagnósticos del DSM-IV, y los trastornos incluidos fueron trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar, otros trastornos afectivos bipolares (incluye el tipo II) agrupados como trastornos del afecto, trastorno de ansiedad generalizada y trastorno de pánico y fobia social agrupados como trastornos de ansiedad; se realizó un cribado de personalidad, el módulo de conducta suicida. Se indagó sobre otras condiciones como consumo de alcohol por medio del AUDIT, consumo de sustancias psicoactivas, el PCL-C modificado, APGAR familiar, cognición social, la valoración del estado de salud por medio de la escala visual análoga y características sociodemográficas como el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP); la descripción de los instrumentos utilizados se puede ver en el artículo de este número o en el protocolo de estudio.

Análisis estadístico

Todos los análisis fueron ponderados utilizando para la estimación de varianza en encuestas complejas el método de linealización mediante series de Taylor, a través del programa STATA v. 13 (STATA Corp.; College Station, Texas, Estados Unidos). Inicialmente se evaluó la posible asociación, y no la causalidad, de cada una de las covariables con la variable desenlace a través de la prueba χ^2 . Posteriormente, se realizaron modelos de regresión logística de tipo exploratorio tanto bivariantes como multivariantes, y se reportó como medida del efecto el riesgo relativo indirecto (OR) con su respectivo IC95%. Para la creación de los modelos multivariantes, dado que no se contaba con una variable de exposición, se incluyeron todas las covariables utilizadas en el modelo bivariante y se usó el procedimiento por pasos hacia adelante con probabilidad de entrada y salida de 0,05 para conseguir el modelo más parsimonioso. Se evaluaron posibles variables de confusión y finalmente se hizo el diagnóstico del modelo y de colinealidad.

Resultados

Los resultados son representativos de la población colombiana de 18 o más años según los grupos analizados. En general, los hallazgos con coeficientes de variación (CV) menores del 16,6% se consideran confiables desde el punto de vista estadístico; los que se encuentran entre el 16,6 y el 33,3% deben ser evaluados con precaución, y los que resultan mayores se consideran imprecisos¹⁰. En este reporte, se presentan los resultados cuyas estimaciones presentaron CV < 33,3%, y en las prevalencias de los trastornos mentales se presentan con asterisco aquellos con resultado $\geq 33,3\%$.

Tabla 1 – Características de la población encuestada	
	Sujetos, n (%)
Total	10.870
Edad	
18-44 años	5.889 (54,2)
≥ 45 años	4.981 (45,8)
Sexo	
Varones	4.384 (40,3)
Mujeres	6.486 (59,7)
Escolaridad completada	
Ninguna o primaria completa	4.007 (37,2)
Secundaria	5.152 (47,8)
Técnico o tecnológico	895 (8,3)
Universitario	713 (6,6)
Estado civil	
Casado, unión libre o vive con su pareja	6.016 (55,3)
Separado, viudo o divorciado	1.962 (18,0)
Soltero	2.892 (26,6)
Situación laboral	
Trabajando	5.478 (50,4)
Buscando trabajo	441 (4,1)
Estudiando	462 (4,3)
Oficios del hogar	3.729 (34,3)
Incapacitado para trabajar	225 (2,1)
Otro	535 (4,9)

Las características de la muestra encuestada se recogen en la [tabla 1](#) y la prevalencia de trastornos mentales, en la [tabla 2](#), donde se aprecia que las mujeres tienen mayor prevalencia de todos los trastornos del afecto y de ansiedad medidos, excepto el trastorno afectivo bipolar tipo I alguna vez en la vida, que es más frecuente en varones. Según los grupos etarios, la prevalencia de cualquiera de estos trastornos alguna vez en la vida es del 10,1% (IC95%, 8,8%-11,5%) del grupo de 18-44 años y del 7,7% (IC95%, 6,5%-9,1%) del de edad ≥ 45 años.

La prevalencia de cualquiera de estos trastornos en los últimos 12 meses es del 5,1% (IC95%, 4,3%-6,0%) del grupo más joven y el 2,3% (IC95%, 1,8%-3,0%) de los de más edad; de ellos, presentan algún trastorno del afecto el 3,0% (IC95%, 2,4%-3,8%) del grupo de 18-44 años y el 1,6% (IC95%, 1,13%-2,13%) del ≥ 45 años y presentan cualquiera de los trastornos de ansiedad medidos el 2,7% (IC95%, 2,1-3,3) y el 1,2% (IC95%, 0,9%-1,6%). De las personas con por lo menos alguno de los trastornos mentales medidos, el 17,6% (IC95%, 13,1%-23,4%) presenta dos o más trastornos, más frecuente en mujeres (20,4%; IC95%, 14,2%-28,3%) que en varones (13,5%; IC95%, 7,9%-22,0%).

En la [tabla 3](#) se presenta el análisis bivariable de los factores que se relacionan con los trastornos mentales; la prevalencia de tener alguno de los trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses es mayor entre las mujeres, quienes perciben tener apoyo casi siempre comparado con los que lo tienen siempre, quienes tienen disfunción familiar moderada o grave, quienes han consumido cigarrillos o marihuana alguna vez en la vida, quienes han intentado suicidarse alguna vez en la vida, quienes tienen más rasgos de personalidad límite, antisocial, del grupo C o del grupo A, quienes han sufrido eventos traumáticos, aquellos con riesgo de trastorno por estrés postraumático, quienes han completado la secundaria frente a los que tienen máximo primaria completa y los que además sufrieron algún

Tabla 2 – Prevalencia de los trastornos del afecto y de ansiedad en la población colombiana de 18 o más años

	Mujeres			Varones			Total		
	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días	En la vida	Últimos 12 meses	Últimos 30 días
Trastornos del afecto	7,1 (6,1-8,2)	3,0 (2,4-3,8)	1,0 (0,7-1,5)	6,3 (5,1-7,8)	1,9 (1,4-2,6)	0,4 (0,21-0,6)	6,7 (5,9-7,6)	2,4 (2,0-3,0)	0,7 (0,5-0,9)
Depresión mayor	5,4 (4,6-6,4)	2,3 (1,8-2,9)	0,8 (0,5-1,3)	3,2 (2,4-4,2)	0,9 (0,6-1,3)	0,2 (0,1-0,4)	4,3 (3,7-5,0)	1,6 (1,3-1,9)	0,5 (0,3-0,7)
Distimia	0,5 (0,3-0,9)	0,4 (0,2-0,8)	0,2 (0,1-0,6)	0,4 (0,2-0,9)	0,3 (0,1-0,9)	+ (++)	0,5 (0,3-0,7)	0,4 (0,2-0,7)	0,1 (0,0-0,3)
Depresión menor	1,0 (0,6-1,5)	0,4 (0,2-1,1)	0,1 (0,0-0,2)	1,1 (0,6-2,0)	0,2 (0,1-0,4)	0,0 (0,0-0,1)	1,0 (0,7-1,5)	0,3 (0,1-0,6)	0,0 (0,0-0,1)
Trastorno afectivo bipolar I	0,6 (0,4-0,9)	0,3 (0,2-0,6)	0,1 (0,0-0,2)	1,9 (1,3-2,9)	0,6 (0,3-1,1)	0,1 (0,0-0,2)	1,3 (0,9-1,7)	0,4 (0,3-0,7)	0,1 (0,0-0,2)
Otros trastornos afectivos bipolares	0,1 (0,0-0,3)	0,1 (0,0-0,3)	0,0 (0,0-0,3)	0,3 (0,1-0,5)	0,1 (0,1-0,3)	0,1 (0,0-0,3)	0,2 (0,1-0,3)	0,1 (0,0-0,2)	0,1 (0,0-0,2)
Trastornos de ansiedad	4,9 (4,1-5,9)	2,5 (2,0-3,2)	1,3 (0,9-1,7)	2,9 (2,3-3,7)	1,6 (1,2-2,2)	0,9 (0,6-1,3)	3,9 (3,4-4,6)	2,1 (1,7-2,5)	1,1 (0,8-1,4)
Trastorno de pánico	0,3 (0,2-0,4)	0,2 (0,1-0,3)	0,0 (0,0-0,2)	0,1 (0,1-0,3)	0,0 (0,0-0,2)	0,0 (0,0-0,1)	0,2 (0,1-0,3)	0,1 (0,1-0,2)	0,0 (0,0-0,1)
Trastorno de ansiedad generalizada	1,9 (1,3-2,8)	0,7 (0,4-1,1)	0,2 (0,1-0,4)	0,7 (0,4-1,0)	0,2 (0,1-0,5)	0,1 (0,0-0,2)	1,3 (1,0-1,7)	0,5 (0,3-0,7)	0,1 (0,1-0,3)
Fobia social	3,1 (2,5-3,8)	1,8 (1,4-2,4)	1,1 (0,7-1,5)	2,3 (1,8-3,1)	1,4 (1,0-2,0)	0,8 (0,5-1,3)	2,7 (2,3-3,2)	1,6 (1,3-2,0)	0,9 (0,7-1,2)
Cualquier trastorno	10,1 (8,9-11,4)	4,8 (3,9-5,7)	2,1 (1,6-2,7)	8,2 (6,9-9,8)	3,2 (2,5-4,1)	1,2 (0,8-1,6)	9,1 (8,2-10,1)	4,0 (3,5-4,6)	1,6 (1,3-2,0)

* Estimaciones con coeficiente de variación > 33,3% que, por lo tanto, son imprecisas.

Tabla 3 – Factores relacionados con el diagnóstico de trastornos de ansiedad y del afecto en los últimos 12 meses y cualquier trastorno en la vida. Análisis bivariante

Variable	Trastornos de ansiedad ^a OR (IC95%)	Trastornos del afecto ^b OR (IC95%)	Cualquier trastorno ^c OR (IC95%)
Sexo			
Varón	1,0	1,0	1,0
Mujer	1,6 ^d (1,1-2,4)	1,6 ^d (1,1-2,4)	1,3 (0,9-1,6)
Apoyo			
Siempre	1	1	1
Casi siempre	2,1 ^d (1,1-4,2)	0,7 (0,4-1,3)	1,3 (0,9-1,9)
Algunas veces o nunca	1,5 (0,9-2,4)	1,4 (0,9-2,2)	1,4 ^d (1,1-1,9)
Grupos en que participa			
Ninguno	1	1	1
Al menos uno	1,0 (0,7-1,4)	0,8 (0,5-1,2)	1,1 (0,9-1,4)
Disfunción familiar			
No	1	1	1
Leve	1,3 (0,7-2,4)	1,5 (0,9-2,4)	1,5 (1,1-2,2)
Moderada	2,9 ^d (1,6-5,3)	2,4 ^d (1,3-4,4)	2,0 ^d (1,4-2,9)
Grave	4,8 ^d (2,6-9,1)	5,6 ^d (3,0-10,3)	3,8 ^d (2,5-5,7)
Audit C			
Positivo	1	1	1
Negativo	1,0 (0,6-1,5)	0,9 (0,6-1,4)	0,8 (0,6-1,1)
Consumo de sustancias psicoactivas en la vida			
Ninguno	1	1	1
Cigarrillo	2,4 ^d (1,2-4,9)	3,8 ^d (2,0-7,3)	2,1 ^d (1,4-3,2)
Alcohol	0,9 (0,6-1,4)	1,6 (0,9-2,5)	1,1 (0,9-1,5)
Marihuana	2,8 ^d (1,3-5,7)	2,0 (0,9-4,2)	2,3 ^d (1,4-3,8)
Otras	1,8 (0,8-4,2)	3,9 ^d (1,8-8,3)	3,5 ^d (2,1-5,9)
Intento de suicidio			
No	1	1	1
Sí	5,7 ^d (3,3-10,1)	9,8 ^d (5,4-18,0)	7,2 ^d (4,6-11,1)
Rasgos límite de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	6,5 ^d (4,2-10,2)	4,3 ^d (2,8-6,7)	3,3 ^d (2,5-4,2)
6 o más rasgos	17,0 ^d (10,3-28,0)	12,3 ^d (7,3-20,6)	8,3 ^d (6,0-11,5)
Rasgos antisociales de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	3,9 ^d (2,5-6,2)	4,9 ^d (3,1-7,6)	3,5 ^d (2,6-4,7)
6 o más rasgos	9,1 ^d (4,4-19,0)	7,3 ^d (3,6-14,7)	6,7 ^d (4,1-11,0)
Rasgos grupo C de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	7,7 ^d (5,1-11,5)	4,0 ^d (2,7-6,0)	4,4 ^d (3,4-5,7)
6 o más rasgos	20,7 ^d (9,2-46,3)	10,7 ^d (4,6-25,2)	8,3 ^d (4,6-14,8)
Rasgos grupo A de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	10,0 ^d (6,7-15,1)	6,4 ^d (4,3-9,6)	5,5 ^d (4,3-6,9)
Eventos traumáticos			
Ninguno	1	1	1
Por lo menos uno	2,1 ^d (1,4-3,1)	2,5 ^d (1,7-3,7)	2,1 ^d (1,6-2,6)
Riesgo de trastorno por estrés postraumático			
No	1	1	1
Sí	13,9 ^d (7,5-25,7)	6,9 ^d (3,8-12,6)	6,6 ^d (4,1-10,8)
Desplazamiento por violencia			
No	1	1	1
Sí	1,7 (0,9-2,9)	1,9 ^d (1,0-3,7)	1,9 ^d (1,3-2,7)
Rostros de tristeza			
2 rostros	0,7 (0,3-1,7)	3,5 ^d (1,3-9,2)	1,7 (0,9-2,8)
1 rostro	1,3 (0,6-3,1)	2,6 ^d (1,1-6,0)	1,7 ^d (1,1-2,7)
Ningún rostro	1	1	1

Tabla 3 (continuación)

Variable	Trastornos de ansiedad ^a OR (IC95%)	Trastornos del afecto ^b OR (IC95%)	Cualquier trastorno ^c OR (IC95%)
Área			
Urbana	1	1	1
Rural	0,7 (0,4-1,1)	0,5 ^d (0,3-0,9)	0,6 ^d (0,5-0,8)
Pobreza IMP			
No	1	1	1
Sí	1,2 (0,8-2,0)	1,2 (0,7-1,9)	1,0 (0,7-1,4)
Estado civil			
Casado, unión libre o vive con su pareja	1	1	1
Separado, viudo o divorciado	0,9 (0,5-1,5)	2,6 ^d (1,5-4,7)	1,9 ^d (1,4-2,5)
Soltero	1,3 (0,8-2,0)	2,1 ^d (1,4-3,2)	1,5 ^d (1,2-2,0)
Nivel educativo			
Ninguno/Primaria	1	1	1
Secundaria	1,5 ^d (1,0-2,3)	1,1 (0,7-1,7)	1,5 ^d (1,2-1,9)
Técnico/Tecnológico	0,6 (0,2-1,2)	1,0 (0,4-2,5)	1,2 (0,8-2,0)
Universitario	0,4 (0,2-1,1)	0,5 (0,2-1,0)	1,7 ^d (1,0-2,8)
Edad			
<44 años	1	1	1
≥ 44 años	0,4 ^d (0,3-0,6)	0,5 ^d (0,3-0,8)	0,8 ^d (0,6-0,9)
Región			
Central	1	1	1
Atlántica	0,5 (0,3-1,0)	0,6 (0,3-1,3)	0,5 ^d (0,3-0,7)
Bogotá	1,0 (0,6-1,8)	1,9 (1,0-3,4)	1,5 (1,0-2,1)
Oriental	0,8 (0,4-1,4)	1,4 (0,8-2,5)	0,9 (0,7-1,3)
Pacífica	1,2 (0,7-2,1)	2,0 ^d (1,3-3,2)	1,2 (0,9-1,7)
VES			
0-40	1	1	1
41-60	1,0 (0,6-1,9)	0,5 ^d (0,3-0,9)	1,1 (0,8-1,6)
61-80	0,6 ^d (0,3-0,9)	0,3 ^d (0,2-0,5)	0,7 ^d (0,5-0,9)
81-100	0,4 ^d (0,2-0,7)	0,2 ^d (0,1-0,3)	0,5 ^d (0,4-0,8)
Trastornos del afecto en los últimos 12 meses			
No	1		
Sí	17,4 ^d (10,9-27,8)		
Trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses			
No		1	
Sí		17,4 ^d (10,9-27,8)	

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio.

^a Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, prevalencia en los últimos 12 meses.

^b Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipo I, otros trastorno afectivos bipolares (incluido el tipo II), prevalencia en los últimos 12 meses.

^c Por lo menos uno de los trastornos de ansiedad o del afecto de lo medidos, prevalencia en la vida.

^d p < 0,05

trastorno del afecto en los últimos 12 meses. Es menor el riesgo de las personas de más edad y las que mejor perciben su salud física, y no se encuentra relación según los grupos en los que participan, si hacen consumo excesivo de alcohol, si han sido desplazados por la violencia, si reconocen o no los rostros de tristeza, si viven en área rural o urbana ni región del país en la que se encuentran, según condición de pobreza o estado civil.

La presencia de trastornos del afecto en los últimos 12 meses como factor relacionado es más prevalente en mujeres, en quienes tienen disfunción familiar moderada o grave, han consumido cigarrillo u otras sustancias psicoactivas ilegales diferentes de marihuana alguna vez en la vida, han intentado suicidarse alguna vez en la vida, tienen más rasgos de personalidad límite, antisocial, de los grupos C o A, han sufrido

eventos traumáticos, tienen riesgo de trastorno por estrés post-traumático, han sido desplazados por la violencia, reconocen mejor los rostros de tristeza, las personas separadas, viudas, divorciadas o solteras o viven en la región Pacífica y los que además presentan alguno de los trastornos de ansiedad medidos en los últimos 12 meses. Es menor el riesgo de las personas que viven en el área rural, las de más edad y las que mejor perciben su salud física, y no se encuentra relación según la percepción de apoyo que tienen, si participan en grupos, si tienen consumo excesivo de alcohol, si se encuentran en situación de pobreza o según el nivel educativo (tabla 3).

Los factores asociados que aumentan el riesgo de sufrir alguno de los trastornos medidos alguna vez en la vida son no percibir apoyo, tener disfunción familiar moderada o grave,

haber consumido cigarrillo u otras sustancias psicoactivas ilegales alguna vez en la vida, haber intentado suicidarse alguna vez en la vida, tener más rasgos de personalidad límite, antisocial, de los grupos C o A, haber sufrido eventos traumáticos, tener riesgo de trastorno por estrés postraumático, haber sido desplazado por la violencia, reconocer solo un rostro de tristeza, estar separado, viudo, divorciado o soltero y tener educación secundaria o universitaria completas. Es menor el riesgo de las personas que viven en área rural, las de más edad, las que viven en la región Atlántica y las que mejor perciben su salud física, y no se encuentra relación según sexo, grupos en los que participa, consumo excesivo de alcohol o estado de pobreza (tabla 3).

En la tabla 4 se presentan los resultados del análisis multivariable con la OR ajustada por las demás variables. Se obtuvieron resultados significativos para los trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses: tener algún trastorno del afecto en los últimos 12 meses, tener mayor número de rasgos de personalidad límite o de los grupos A o C, percibir que se tiene apoyo casi siempre y ser mujer; también es significativo tener más edad, aunque disminuye el riesgo. Y se pierde la asociación con disfunción familiar, consumo de sustancias psicoactivas en la vida, intento de suicidio, rasgos de personalidad antisocial, presencia de eventos traumáticos, riesgo de estrés postraumático y nivel educativo.

Para la presencia de trastornos del afecto en los últimos 12 meses, tener algún trastorno de ansiedad de los medidos en los últimos 12 meses, haber tenido un intento de suicidio en la vida, estar separado, viudo, divorciado o soltero, tener mayor número de rasgos de personalidad límite y del grupo A y vivir en la región Pacífica son significativos. Implican menor riesgo tener más edad, vivir en el área rural y tener mejor salud física (tabla 4). Pero se pierde la asociación según el sexo, con disfunción familiar, consumo de sustancias psicoactivas en la vida, rasgos de personalidad antisocial y del grupo C, haber tenido experiencias traumáticas, riesgo de estrés postraumático, haber sido desplazado por la violencia y el mejor reconocimiento de rostros de tristeza.

Para la presencia de alguno de los trastornos del afecto o de ansiedad en la vida, se encuentran como factores asociados haber tenido un intento de suicidio en la vida, tener mayor número de rasgos de personalidad del grupo C, de personalidad límite o del grupo A, tener secundaria completa o título universitario o algún tipo de disfunción familiar y ser separado, viudo o divorciado. Como factores relacionados en quienes se encuentra menor prevalencia, están las personas que viven en la región Atlántica y quienes reportan mejor salud física (tabla 4). Y se pierde la asociación con el consumo de sustancias psicoactivas, rasgos de personalidad antisocial, haber vivido algún evento traumático, tener riesgo de trastorno por estrés postraumático, haber sido desplazado por la violencia y el reconocimiento de los rostros de tristeza.

Discusión

Al presentar las prevalencias de trastornos del afecto en los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se encuentra que el

trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico y la fobia social son similares a las reportadas en otros países y en Colombia en 2003; en cuanto a la prevalencia en los últimos 12 meses, son similares a las encontradas en otros países y en Colombia en 2003. Por ejemplo, la prevalencia de cualquier trastorno del afecto (trastorno depresivo mayor, distimia, trastorno depresivo menor, trastorno afectivo bipolar y otros trastornos afectivos bipolares) es del 4,5% en México, el 2,0% en Italia, el 3,1% en Italia, el 19,5% en Estados Unidos; en Colombia, el 6,9% en 2003 y el 6,7% en este estudio. La prevalencia de depresión mayor varía entre el 1,5 y el 6,2% en esos mismos países, con un resultado actual del 1,6%; la de fobia social varía entre el 0,6 y el 6,8%, con un resultado actual del 1,6%, siendo estos los más frecuentes; las de distimia, trastornos afectivos bipolares, trastorno de pánico y trastorno de ansiedad generalizada están entre el 0,1 y el 3,1%, y las más altas son las de Estados Unidos^{4-6,9,11}.

Se encuentra que 1 de cada 11 personas ha tenido por lo menos uno de estos trastornos en algún momento en la vida, 1 de cada 14 ha tenido un trastorno del afecto y 1 de cada 25, algún trastorno de ansiedad de los medidos, con mayor prevalencia en mujeres que en varones; estas prevalencias son similares a las reportadas en otros países, aunque siempre menores que las reportadas en Colombia en 2003. En México se encuentra una prevalencia de cualquier trastorno del afecto en la vida del 9,1%⁴; en Italia, del 11,2%⁶; en Colombia, en 2003 era del 15,0% y en este estudio, el 6,7%. Para estos mismos estudios, las prevalencias de depresión mayor fueron del 3,3% en México, el 10,1% en Italia y el 12,1% en Colombia en 2003 (actual, el 4,3%), y las de fobia social, el 4,7, el 2,1, el 5,1 y el 2,7% respectivamente^{4-6,9,11}.

Al analizar los factores asociados a los trastornos mentales, hay que tener en cuenta las diferencias en las variables usadas y los métodos empleados en otros estudios; por ejemplo, destaca en el presente estudio la incorporación de variables relacionadas con los rasgos de personalidad, que resultaron significativas tanto para los trastornos de ansiedad y del afecto en los últimos 12 meses como para cualquiera de esos trastornos en la vida, y la región del país en que se vive (mayor riesgo de trastornos del afecto en los últimos 12 meses en la región Pacífica y menor riesgo de cualquiera de los trastornos en la vida en la región Atlántica). En general, se mantiene el mayor riesgo de trastornos de ansiedad (teniendo en cuenta que se midieron trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social) en las mujeres y las personas de menos edad o con otros trastornos mentales. Para los trastornos del afecto en los últimos 12 meses, no se encuentra relación según el sexo, aunque se mantiene—como en otros estudios— el mayor riesgo de sufrirlo de las personas separadas, viudas, divorciadas o solteras, con peor estado de salud o con algún otro trastorno mental. Para padecer cualquiera de estos trastornos en la vida, tampoco se encuentra relación según sexo, pero sí según disfunción familiar, estar separado, viudo, divorciado o soltero y tener escolaridad superior o peor condición física. Aunque se resalta que, a diferencia de otros estudios, no se encuentran diferencias según el estado de pobreza (en este caso, medido con el IMP) o la experiencia de eventos traumáticos.

Específicamente, al contrastar estos resultados con los obtenidos en Colombia en 2003, se consideran varias razones

Tabla 4 – Factores relacionados con el diagnóstico de trastornos de ansiedad y del afecto en los últimos 12 meses y cualquier trastorno en la vida. Modelo de regresión logística multivariable

Variable	Trastornos de ansiedad ^a OR (IC95%)	Trastornos del afecto ^b ORa (IC95%)	Cualquier trastorno ^c ORa (IC95%)
Sexo			
Varón	1		
Mujer	1,5 ^d (1,0-2,4)		
Apoyo			
Siempre	1		
Casi siempre	2,3 ^d (1,1-4,9)		
Algunas veces o nunca	1,1 (0,7-1,9)		
Disfunción familiar			
No			1
Leve			1,5 ^d (1,0-2,3)
Moderada			1,6 ^d (1,1-2,3)
Grave			2,3 ^d (1,4-3,8)
Intento de suicidio			
No		1	1
Sí		3,6 ^d (1,8-7,3)	3,3 ^d (1,9-5,7)
Rasgos límite de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	3,4 ^d (2,0-5,8)	2,3 ^d (1,4-4,1)	1,9 (1,4-2,7)
6 o más rasgos	3,9 ^d (2,0-7,6)	3,3 ^d (1,7-6,5)	2,7 (1,8-4,2)
Rasgos grupo C de personalidad			
0 a 2 rasgos	1		1
3 a 5 rasgos	2,6 ^d (1,5-4,5)		2,0 (1,5-2,7)
6 o más rasgos	3,2 ^d (1,2-8,3)		2,8 (1,4-5,3)
Rasgos grupo A de personalidad			
0 a 2 rasgos	1	1	1
3 a 5 rasgos	3,3 ^d (1,9-5,6)	2,4 ^d (1,4-4,1)	2,5 (1,9-3,3)
Área			
Urbana		1	1
Rural		0,5 ^d (0,3-0,9)	0,7 ^d (0,5-0,9)
Estado civil			
Casado, unión libre o vive con su pareja		1	1
Separado, viudo o divorciado		2,7 ^d (1,4-5,1)	1,8 (1,3-2,4)
Soltero		1,6 ^d (1,0-2,6)	1,3 (0,9-1,8)
Nivel educativo			
Ninguno/Primaria			1
Secundaria			1,7 (1,3-2,3)
Técnico/Tecnológico			1,5 (0,9-2,5)
Universitario			2,7 (1,6-4,6)
Edad			
<44 años	1	1	
≥ 44 años	0,4 ^d (0,3-0,7)	0,5 ^d (0,3-0,8)	
Región			
Central		1	1
Atlántica		0,7 (0,3-1,5)	0,6 ^d (0,4-0,9)
Bogotá		1,5 (0,8-2,6)	1,3 (0,9-1,8)
Oriental		1,5 (0,8-2,9)	1,0 (0,7-1,5)
Pacífica		2,0 ^d (1,2-3,4)	1,2 (0,9-1,7)
VES			
0-40		1	1
41-60		0,4 ^d (0,2-0,8)	1,0 (0,6-1,5)
61-80		0,3 ^d (0,2-0,6)	0,7 ^d (0,5-0,9)
81-100		0,2 ^d (0,1-0,3)	0,6 ^d (0,4-0,9)
Trastornos del afecto en los últimos 12 meses			
No	1		
Sí	5,2 ^d (2,9-9,6)		
Trastornos de ansiedad en los últimos 12 meses			
No		1	
Sí		4,9 ^d (2,6-9,1)	

IC95%: intervalo de confianza del 95%; OR: odds ratio; ORa: odds ratio ajustada.

^a Trastorno de ansiedad generalizada, trastorno de pánico y fobia social, prevalencia en los últimos 12 meses.^b Trastorno depresivo mayor, trastorno depresivo menor, distimia, trastorno afectivo bipolar tipo I, otros trastornos afectivos bipolares (incluido el de tipo II), prevalencia en los últimos 12 meses.^c Por lo menos uno de los trastornos de ansiedad o del afecto de lo medidos, prevalencia en la vida.^d p < 0,05.

de que haya menos prevalencia de trastornos mentales en el estudio actual. Primero hay que tener en cuenta que se midieron menos trastornos y algunos de ellos tuvieron alta prevalencia, como la fobia social, los trastornos por abuso de sustancias y la ansiedad de separación del adulto, por lo que la cifra total actual es considerablemente menor.

Al comparar los resultados de la presente encuesta con la realizada en 2003, se encuentran menores prevalencias de trastornos mentales, probablemente porque en la actual se midieron menos trastornos. En cuanto a los trastornos medidos en ambos estudios, se consideran varias razones que expliquen las prevalencias menores; sobre las prevalencias de vida, se considera que estas son las que más varían, y algunos autores lo explican por efectos de diseño y sesgo de recuerdo, y no por efectos de periodo o cohorte¹². Además, hay que tener en cuenta que en 2003 el país se encontraba ante un cambio incipiente en la estructura de gobierno y seguridad que en los años inmediatamente anteriores había regido el país, y se asociaba a ello una gran inquietud sobre la seguridad de los ciudadanos, una desesperanza generalizada, la imposibilidad para muchos de un estado capaz de resguardar a su población, una baja inversión en el país, una migración en el periodo 1996-2003¹³; además, durante ese periodo se evidenció un incremento en el producto per cápita que, gracias a una disminución de la desigualdad, indica mayor cobertura de necesidades, lo que se ha reflejado en el tamaño de pobreza monetaria.

Este último indicador ha cambiado de metodología de cálculo, por lo que no es posible una comparación; sin embargo, el conjunto de información hace posible asumir que, independientemente de la metodología empleada, el porcentaje de personas en condición de pobreza ha disminuido. Además, el incremento en la tasa de alfabetización y la constante disminución de la tasa de desempleo, sumados a las bajas tasas de inflación y la disminución de las muertes violentas, permiten inferir que en 2014, en comparación con 2003, la percepción de los ciudadanos sobre las condiciones generales de la economía y sus propias expectativas pudo haber mejorado¹⁴⁻²⁸.

Al comparar las prevalencias en los últimos 12 meses y los últimos 30 días, se encuentran datos similares a los de otros países^{4,6}, aunque ligeramente menores que los de 2003, que no permiten la comparación por tener varias diferencias en la muestra, como que en 2003 solo se incluyó a población urbana y ahora se incluye también a población del área rural, o el tamaño muestral, ya que en 2003 se analizaron los resultados de 4.544 personas de 18-65 años y en este estudio, a 10.870 personas de edad ≥ 18 años, sin límite; la edad más alta registrada es 96 años. El incremento de la muestra y la disminución de las restricciones de los encuestados permitió obtener estimadores más precisos, como lo muestran los CV reportados, con poblaciones que tienen menor prevalencia de trastornos mentales. Otra diferencia metodológica fue que en el estudio actual se ponderaron los resultados por los factores de expansión, lo que da representatividad poblacional a los resultados obtenidos.

Finalmente, entre las fortalezas se encuentra el diseño metodológico, que hace que el estudio sea representativo de la población colombiana; también que los instrumentos utilizados para la medición de estos trastornos son los usados más ampliamente.

Entre las limitaciones, el diseño transversal del estudio puede influir en la prevalencia de vida, pero se encuentran resultados similares a los reportados en Colombia en 2003 y en otros países, con las consideraciones descritas para la prevalencia de vida, y que el diseño del estudio permite definir riesgo, pero no evaluar la dirección de la relación entre los trastornos mentales y las variables estudiadas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que han seguido los protocolos de su centro de trabajo sobre la publicación de datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la ENSM, contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Agradecemos a las personas que colaboraron durante el proceso del estudio, en especial a Alejandro Rozo, Alejandro Salcedo, Jorge Cano y Sebastián Hernández por la colaboración.

BIBLIOGRAFÍA

1. Mental disorders [Internet]. WHO [citado 19 Feb 2015]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs396/en/>.
2. Whiteford HA, Degenhardt L, Rehm J, Baxter AJ, Ferrari AJ, Erskine HE, et al. Global burden of disease attributable to mental and substance use disorders: findings from the Global Burden of Disease Study 2010. *Lancet*. 2013;382:1575-86.
3. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291:2581-90.
4. Medina ME, Borges G, Lara C, Benjet C, Blanco J, Fleiz C, et al. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: Resultados de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica en México [Internet]. *Salud Mental*. 2003 [citado 9

- Oct 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>.
5. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.
 6. De Girolamo G, Polidori G, Morosini P, Scarpino V, Reda V, Serra G, et al. Prevalence of common mental disorders in Italy: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD). *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2006;41:853-61.
 7. Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Motrico E, Rodríguez-Morejón A, Fernández A, García-Campayo J, et al. Risk factors for the onset of panic and generalised anxiety disorders in the general adult population: A systematic review of cohort studies. *J Affect Disord*. 2014;168:337-48.
 8. Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003 [Internet]. Cali: Ministerio de la Protección Social, Fundación FES Social; 2005. Disponible en: <http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030.EstudioNacionalSM2003.pdf>.
 9. Estudio Nacional de Salud Mental, Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Social; 2005.
 10. 5.0 Data accuracy and quality [Internet] [citado 30 Jul 2015]. Disponible en: <http://www.statcan.gc.ca/pub/13f0026/m/2007001/ch5-eng.htm>.
 11. Kawakami N, Tsuchiya M, Umeda M, Koenen KC, Kessler RC, World Mental Health Survey Japan. Trauma and posttraumatic stress disorder in Japan: results from the World Mental Health Japan Survey. *J Psychiatr Res*. 2014;53:157-65.
 12. Streiner DL, Patten SB, Anthony JC, Cairney J. Has lifetime prevalence reached the end of its life? An examination of the concept. *Int J Methods Psychiatr Res*. 2009;18:221-8.
 13. Bérubé M. Colombia: in the crossfire [Internet]. En: [migrationpolicy.org](http://www.migrationpolicy.org); 2005 [citado 14 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.migrationpolicy.org/article/colombia-crossfire>.
 14. Boletín Anual de Estadísticas 2014 [Internet]. Bogotá: Migración Colombia; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://migracioncolombia.gov.co/phocadownload/boletin%20anual%202014.pdf>.
 15. Marthe A, Tello J, Moreno S. Comportamiento del homicidio. Colombia, 2014. En: *Forensis 2014, Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. p. 91-131.
 16. Ramírez L, Naranjo C. Comportamiento del suicidio. Colombia, 2014. En: *Forensis 2014, Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses; 2015. p. 319-51.
 17. Alejo H, Gonzales J, Hernandez W. Conducta suicida según ciclo vital. En: *Forensis 2003, Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses, CRNV; 2003. p. 107-19.
 18. Crecimiento del PIB. (% anual) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.MKTP.KD.ZG?page=2>.
 19. Desempleo, total (% de la población activa total) (estimación modelado OIT) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SL.UEM.TOTL.ZS?page=4>.
 20. Inflación, precios al consumidor (% anual) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/FP.CPI.TOTL.ZG>.
 21. Inversión extranjera directa, entrada neta de capital (% del PIB) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/BX.KLT.DINV.WD.GD.ZS>.
 22. DANE-OIM. Movimientos migratorios Internacionales de Colombia. Anuario 2003 [Internet]. Oficina de Prensa OIM. Colombia: Quebecor World Bogotá; 2004 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/investigaciones/poblacion/migraciones/Anuario_2003.pdf.
 23. Muertes producto de la guerra (cantidad de personas) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/VC.BTL.DETH?page=4>.
 24. PIB per cápita (US\$ a precios actuales) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/NY.GDP.PCAP.CD?page=4>.
 25. Pobreza Monetaria y Multidimensional en Colombia 2014. Boletín Técnico [Internet]. Bogotá: DANE; 2014 [citado 2015 Aug 10]. Disponible en: http://www.dane.gov.co/files/investigaciones/condiciones_vida/pobreza/bol_pobreza_14_.pdf.
 26. Unidad para la atención y reparación integral a las víctimas. Registro Único de Víctimas (RUV); 2015 [Internet] [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://rni.unidadvictimas.gov.co/?q=node/107>.
 27. Tasa de alfabetización, total de adultos (% de personas de 15 años o más) [Internet]. New York: Banco Mundial; 2015 [citado 10 Ago 2015]. Disponible en: <http://datos.bancomundial.org/indicador/SE.ADT.LITR.ZS?page=4>.
 28. De la Hoz G. Variaciones conceptuales y lugares comunes en la explicación del homicidio en Colombia. En: *Forensis 2003, Datos para la vida*. Bogotá: Instituto Nacional de Medicina Legal y Ciencias Forenses-CRNV; 2003. p. 25-47.