

**Factores sociodemográficos asociados a trastornos de depresión y ansiedad en jóvenes del  
municipio de Samaná, Caldas**

Diana Paola González Parra

Asesor

Paulo César González

Universidad Nacional Abierta y a Distancia UNAD  
Escuela de Ciencias Sociales, Artes y Humanidades ECSAH  
Maestría en Psicología Comunitaria

2025

## Resumen

El presente estudio tiene como objetivo identificar y analizar los factores sociodemográficos asociados con los síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes del municipio de Samaná, Caldas. Para ello, se empleará una metodología cuantitativa de tipo descriptivo, fundamentada en la recolección de datos primarios mediante una encuesta semiestructurada. Se espera que los resultados permitan establecer los principales factores sociodemográficos vinculados a estas condiciones de salud mental, proporcionando insumos valiosos para el diseño de estrategias de intervención y promoción del bienestar en esta población.

***Palabras claves:*** Salud mental, Depresión, Ansiedad, Jóvenes, Intervención

### **Abstract**

The present study aims to identify and analyze the sociodemographic factors associated with symptoms of depression and anxiety in young people in the municipality of Samaná, Caldas. For this purpose, a descriptive quantitative methodology will be used, based on the collection of primary data through a semi-structured survey. It is expected that the results will allow establishing the main sociodemographic factors linked to these mental health conditions, providing valuable inputs for the design of intervention strategies and promotion of well-being in this population.

***Keywords:*** Mental health, Depression, Anxiety, Young people, Intervention

## Tabla de Contenido

Introducción .....	8
Planteamiento del Problema .....	10
Preguntas de Investigación .....	13
Objetivos.....	15
Objetivo General .....	15
Objetivos Específicos.....	15
Justificación .....	16
Antecedentes .....	18
Marco Teórico.....	23
Ansiedad.....	23
Depresión .....	28
La Depresión y la Ansiedad en los Adultos Jóvenes .....	32
Metodología .....	36
Enfoque Metodológico.....	36
Tipo de Investigación.....	37
Fuentes de Información.....	38
Ruta Metodológica .....	39
Línea de Acción 1: Identificación de la Problemática y Revisión Documental.....	40
Línea de Acción 2: Recolección de Información .....	40
Línea de Acción 3: Análisis de Datos y Establecimiento de Asociaciones .....	40
Línea de Acción 4: Diseño de Estrategias de Intervención.....	40
Resultados .....	42

Características Sociodemográficas.....	42
Niveles de Ansiedad.....	48
Niveles de Depresión .....	49
Diferencias y Similitudes en las Manifestaciones de Ansiedad en los Jóvenes.....	50
Diferencias y Similitudes en las Manifestaciones de Depresión en los Jóvenes .....	54
Discusión.....	59
Características Sociales y la Relación con la Salud Mental.....	59
Depresión y Ansiedad en los Jóvenes de un Municipio con Antecedentes de Violencia por Conflicto Armado .....	61
Referencias Bibliográficas .....	65

**Lista de Figuras**

**Figura 1** *Distribución Porcentual de los Niveles de Ansiedad en Jóvenes*..... 49

**Figura 2** *Distribución Porcentual de los Niveles de Depresión en Jóvenes* ..... 50

## Lista de Tablas

<b>Tabla 1</b> <i>Caracterización Según Variables Sociodemográficas a un Grupo de Jóvenes del Municipio de Samaná, Caldas</i> .....	43
<b>Tabla 2</b> <i>Características del Entorno Familiar</i> .....	45
<b>Tabla 3</b> <i>Características Personales de Riesgo</i> .....	47
<b>Tabla 4</b> <i>Comparación de la Ansiedad con las Características Sociodemográficas</i> .....	51
<b>Tabla 5</b> <i>Diferencias Entre los Síntomas de Ansiedad de Acuerdo con Factores de Riesgo en Salud Mental</i> .....	53
<b>Tabla 6</b> <i>Comparación de los Síntomas de Depresión con las Características Sociodemográficas</i> .....	55
<b>Tabla 7</b> <i>Diferencias Entre los Síntomas de Depresión de Acuerdo con Factores de Riesgo en Salud Mental</i> .....	57

## Introducción

La ansiedad y los trastornos depresivos son importantes problemas de salud pública a nivel mundial. Según Núñez et al. (2022), la depresión y otros trastornos depresivos se caracterizan por un sentimiento profundo y persistente de tristeza o desesperación, así como por la pérdida de interés en diversas actividades. Consideran que estos problemas están influenciados por factores sociodemográficos, que interactúan de manera compleja con el entorno social, económico y cultural de los individuos. Dichos factores afectan los recursos disponibles, las experiencias de vida y la capacidad de afrontamiento de las personas, contribuyendo al desarrollo de estos trastornos.

El municipio de Samaná, Caldas, enfrenta retos significativos en salud mental, especialmente en la población joven de 18 a 28 años, donde los trastornos mentales y del comportamiento ocupan el primer lugar en atenciones con un 83.84%, seguidos por los trastornos asociados al uso de sustancias psicoactivas, que representan el 3.80% (Ocampo et al., 2023). En esta etapa crucial del desarrollo, se observa una creciente incidencia de trastornos como la depresión y la ansiedad, los cuales no solo afectan el bienestar individual, sino también la cohesión social y las dinámicas comunitarias. Comprender las raíces y las complejidades de esta problemática resulta fundamental para diseñar estrategias efectivas que mitiguen sus consecuencias y promuevan soluciones prácticas y sostenibles, alineadas con las necesidades del contexto local.

En este contexto, el presente estudio tiene como objetivo analizar los factores sociodemográficos asociados a los trastornos de depresión y ansiedad en los jóvenes de Samaná, Caldas. Para ello, se realizará una caracterización detallada de variables sociodemográficas clave, permitiendo identificar las relaciones entre estas características y los síntomas de salud

mental. Según el informe ASIS del 2023, Ocampo et al. (2023) destacan que factores como el estrés, la depresión y el suicidio están relacionados con problemas mentales, siendo atribuibles a diversas condiciones sociales y personales. A partir de estos hallazgos, el estudio buscará diseñar estrategias fundamentadas en la psicología comunitaria, orientadas a la prevención y detección temprana de estas condiciones, con el propósito de mejorar la calidad de vida y promover el bienestar integral de esta población vulnerable.

## Planteamiento del Problema

En el ámbito global, la depresión y otros trastornos mentales tienen un impacto significativo. Según la OMS (2021), aproximadamente mil millones de personas viven con trastornos mentales, siendo la depresión una de las principales causas de enfermedades y discapacidad, especialmente en niños, niñas y adolescentes. En este contexto, la OMS insta a priorizar la salud mental en las políticas públicas, subrayando la importancia de crear entornos y condiciones que favorezcan el bienestar de las personas. Además, se proyecta que, a nivel mundial, más de 450 millones de personas padecerán depresión a lo largo de su vida, lo que constituye la principal causa de discapacidad global (Corea, 2021). La depresión está estrechamente vinculada con la salud física, ya que factores como la inactividad física y el uso nocivo del alcohol, que influyen en la depresión, también son riesgos para enfermedades cardiovasculares, cáncer y diabetes, entre otras (OMS, 2023).

La salud mental en Colombia es concebida como un estado dinámico que se manifiesta en la vida cotidiana a través de la conducta y la interacción social, permitiendo a las personas utilizar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para participar activamente en la sociedad y establecer relaciones significativas. Según Ospina y Chávez (2021), este estado también facilita el desempeño en el ámbito laboral y la contribución al bienestar comunitario. Sin embargo, factores sociales, psicológicos y biológicos, como el nivel socioeconómico, el acceso a la educación y la discriminación por motivos de género o discapacidad, influyen directamente en este estado, afectando negativamente la salud mental de las personas.

En Colombia, la situación de la salud mental también es preocupante ya que según la encuesta realizada por el Ministerio de Salud y Protección Social (2023) con la colaboración del Centro Nacional de Consultoría, se evidenció que una gran parte de la población no recibe

atención sobre su bienestar mental en los servicios médicos. De hecho, el 70.9% de las personas a nivel nacional y el 77% en Bogotá indican que rara vez se les consulta sobre su salud mental durante las consultas médicas. Este hallazgo resalta la necesidad urgente de que los profesionales de la salud, especialmente médicos generales y enfermeros, aborden este tema desde la primera línea de contacto con los pacientes, para identificar posibles riesgos y ofrecer el apoyo necesario.

A nivel regional, en el departamento de Caldas, las consultas externas relacionadas con trastornos mentales y del comportamiento también muestran cifras preocupantes. En 2021, se registraron 21.159 consultas de este tipo (Delgado et al., 2022). En particular, los adolescentes de 12 a 17 años presentan trastornos persistentes del aprendizaje y comportamiento, así como trastornos del estado de ánimo como la ansiedad y la depresión. También se ha incrementado el consumo de sustancias psicoactivas, el alcoholismo, el suicidio y los trastornos alimentarios. Betancur et al. (2019) informan que las consultas por depresión y trastorno bipolar han aumentado un 25% en la región.

En este sentido, Castañeda (2023) señala que en 2022, el 65,5% de los intentos de suicidio fueron reportados en mujeres, con el 84,6% de los casos procedentes de las cabeceras municipales. Además, el 46,3% de los casos correspondió al régimen contributivo, y el grupo etario de 15 a 19 años concentró el 29,3% de los intentos. En cuanto a la pertenencia étnica, se notificaron 68 casos (5,4%) en indígenas, 1 en afrocolombianos y el resto en otros grupos poblacionales.

Con base en lo anterior, es crucial identificar los factores determinantes de la ansiedad y la depresión en los jóvenes de la región, ya que la falta de información precisa sobre estos factores limita la efectividad de las estrategias de intervención. Conocer los elementos asociados a estas patologías es fundamental para diseñar programas de salud mental más efectivos y

ajustados a las necesidades de la población, lo que permitiría reducir la carga de los trastornos mentales y mejorar el bienestar general de los habitantes de la región.

### **Preguntas de investigación**

1. ¿Cuáles son los factores sociodemográficos asociados a los síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes del municipio de Samaná, Caldas?.
2. ¿Existe una relación entre los aspectos psicosociales y las manifestaciones de depresión y ansiedad en un grupo de jóvenes del municipio de Samaná, Caldas?.
3. ¿Cómo se relacionan los aspectos psicosociales con la presencia de síntomas de depresión y ansiedad en un colectivo juvenil del municipio de Samaná, Caldas?.

Analizar la relación entre los aspectos psicosociales y las manifestaciones de depresión y ansiedad en los jóvenes del municipio de Samaná, Caldas, es fundamental para comprender cómo el entorno social y comunitario influye en su salud mental. Factores como el apoyo familiar, la estabilidad económica y las condiciones de vida en el municipio pueden desempeñar un papel importante en el desarrollo de trastornos emocionales en los jóvenes. Además, el contexto social, incluyendo la interacción con la comunidad y los pares, podría modificar la percepción y manejo de la salud mental en esta población. Por lo tanto, entender estos vínculos es esencial para crear intervenciones dirigidas que aborden las necesidades específicas de los jóvenes en esta región.

1. Identificar los principales aspectos psicosociales presentes en el entorno de los jóvenes del municipio de Samaná es fundamental para comprender cómo estos factores contribuyen a la aparición de síntomas de depresión y ansiedad en este colectivo.
2. Evaluar la incidencia de la depresión y la ansiedad en los jóvenes de Samaná es esencial para comprender el alcance de estos trastornos y cómo ciertas variables psicosociales contribuyen a su desarrollo.

3. Desarrollar un perfil de los factores psicosociales que influyen en la salud mental de los jóvenes en Samaná proporcionará una base sólida para futuras intervenciones y programas de apoyo.

## **Objetivos**

### **Objetivo General**

Determinar los factores sociodemográficos asociados a síntomas de depresión y ansiedad en jóvenes del municipio de Samaná, Caldas.

### **Objetivos Específicos**

Caracterizar las principales variables sociodemográficas de un grupo de jóvenes del municipio de Samaná, Caldas.

Describir los síntomas de depresión y ansiedad en los participantes del estudio, identificando las manifestaciones más prevalentes y los factores asociados a su aparición.

Comparar las diferencias y similitudes en las manifestaciones de depresión y ansiedad entre los jóvenes, teniendo en cuenta factores como género, edad y otros aspectos psicosociales relevantes.

## **Justificación**

De acuerdo con Kong et al. (2023), la depresión y la ansiedad son enfermedades mentales prevalentes que afectan significativamente la salud física y mental a nivel global, representando un grave peligro para la salud pública al contribuir de manera considerable al aumento de la tasa de suicidios en el siglo XXI. En este sentido, Camargo et al. (2020) destacan que la salud mental y el sentido de vida están positivamente correlacionados con la calidad de vida, aunque persisten variables negativas que impactan especialmente la salud mental. Entre estas, la depresión y la ansiedad son trastornos que generan consecuencias adversas para los individuos y que, dependiendo de su naturaleza y características, requieren tratamientos inmediatos y de largo plazo.

El presente estudio adquiere relevancia tanto en el ámbito académico como en el práctico, ya que trasciende la descripción teórica de los conceptos asociados a la depresión y la ansiedad, para abordar de manera profunda los factores sociodemográficos que influyen en la manifestación de estos trastornos en jóvenes del municipio de Samaná, Caldas. Este enfoque no solo permitirá identificar características específicas de esta población, sino que también aportará evidencia clave para comprender las dinámicas particulares que afectan su salud mental. De este modo, los hallazgos pueden orientar el diseño e implementación de estrategias de intervención contextualizadas, promoviendo un impacto positivo y sostenible en la calidad de vida de estos jóvenes.

De igual forma, este estudio es significativo para la comunidad investigativa, ya que contribuye al fortalecimiento del conocimiento en el área de la salud mental y los determinantes sociales de la salud. Los resultados obtenidos pueden ser utilizados como referencia en investigaciones futuras, fomentando la generación de nuevos modelos de intervención y estudios

comparativos en otros contextos. Además, este trabajo no solo refuerza las capacidades de los investigadores involucrados, sino que también enriquece el diálogo interdisciplinario, al integrar perspectivas sociodemográficas y psicológicas en la comprensión de la salud mental. Por lo tanto, este estudio se presenta como un aporte integral tanto para la academia como para la práctica profesional.

### **Antecedentes**

Los trastornos de ansiedad y depresión representan un desafío global para la salud mental, afectando de manera significativa a diversas poblaciones, incluidas las comunidades estudiantiles y los jóvenes adultos. En este contexto, es crucial analizar tanto los factores individuales como los socioeconómicos y contextuales que influyen en su prevalencia y severidad. Los siguientes antecedentes presentan una visión integral de esta problemática, basándose en estudios realizados en diferentes países y contextos.

Un estudio relevante en este ámbito es el de Salami y Walker (2013), que exploró la relación entre el nivel socioeconómico (NSE) y los síntomas agudos de depresión y ansiedad en estudiantes universitarios afroamericanos, además del efecto mediador de la desesperanza en estas relaciones. Basado en las teorías de vulnerabilidad-estrés, este estudio plantea que las personas cognitivamente vulnerables tienen una mayor predisposición a desarrollar síntomas depresivos en comparación con aquellas sin tales vulnerabilidades. El estudio contó con la participación de 133 estudiantes universitarios afroamericanos, quienes completaron autoinformes para medir la desesperanza y los síntomas de depresión y ansiedad. Los resultados revelaron que la relación entre el NSE y los síntomas de depresión estaba parcialmente mediada por la desesperanza autoinformada, mientras que la relación entre el NSE y los síntomas de ansiedad estaba completamente mediada por el nivel de desesperanza. No obstante, un hallazgo inesperado fue que un NSE más alto se asociaba con un aumento tanto en los síntomas de depresión y ansiedad como en los niveles de desesperanza.

Estos resultados sugieren que un NSE elevado, lejos de ser un factor protector, podría estar relacionado con presiones o expectativas que incrementan la vulnerabilidad psicológica en esta población. Este hallazgo plantea preguntas importantes para investigaciones futuras,

particularmente sobre los mecanismos contextuales y culturales que podrían explicar esta dirección inesperada. Así mismo, las consideraciones para la intervención destacan la necesidad de estrategias que aborden no sólo los factores estructurales como el NSE, sino también los aspectos cognitivos y emocionales, como la desesperanza, para mitigar el impacto de los trastornos mentales en poblaciones específicas.

El estudio de Shahbazi, Shahbazi y Poorolajal (2022) evaluó la relación entre los elementos del Índice de Desarrollo Humano (IDH) y la prevalencia de trastornos de ansiedad y depresión en 181 países. Este Índice de Desarrollo Humano, que incluye esperanza de vida al nacer, educación e ingreso nacional bruto per cápita, se utiliza para estimar el éxito socioeconómico y social de un país. Para el análisis, los autores emplearon el Índice de Concentración Relativa (RCI), que mide la desigualdad socioeconómica en la prevalencia de estas condiciones. La metodología permitió vincular las diferencias en el desarrollo humano con los patrones de salud mental global.

Los resultados del estudio revelaron que los trastornos de ansiedad y depresión son más prevalentes en países con un IDH alto, indicando que estas enfermedades mentales tienden a ser más comunes a medida que aumenta el desarrollo económico y social. Este fenómeno puede deberse a la mayor presión competitiva, las demandas laborales y los cambios sociales que acompañan el progreso. Sin embargo, los autores señalan que en los países en desarrollo, las tasas de prevalencia suelen estar subestimadas debido a factores como la limitada educación sanitaria, barreras para acceder a la atención médica y errores en el diagnóstico.

Además, el nivel de desarrollo humano influye en la identificación y notificación de los trastornos de ansiedad y depresión. En los países con IDH bajo o medio-bajo, el estigma social asociado a la salud mental y las dificultades para acceder a servicios especializados contribuyen

a la subnotificación de estos trastornos. Este hallazgo resalta la necesidad de mejorar la educación en salud mental, reducir el estigma asociado a estas condiciones y fortalecer los sistemas de atención en los países en desarrollo para cerrar las brechas en diagnóstico y tratamiento.

El estudio de Campos et al. (2013) tuvo como objetivo evaluar la prevalencia de los trastornos de ansiedad y sus factores asociados en adultos jóvenes. Para ello, se realizó un estudio poblacional transversal con una muestra de 1.560 individuos de entre 18 y 24 años, seleccionados aleatoriamente de 89 sectores censales. La selección de hogares se llevó a cabo mediante un muestreo sistemático, y los trastornos de ansiedad fueron identificados utilizando la Mini Entrevista Neuropsiquiátrica Internacional (MINI), garantizando la validez y fiabilidad del diagnóstico.

Los resultados mostraron que los trastornos de ansiedad son altamente prevalentes en esta población. Entre los participantes diagnosticados, el 12,3% presentaba agorafobia, el 9,7% trastorno de ansiedad generalizada, el 4,0% fobia social, el 3,3% trastorno obsesivo-compulsivo, el 2,5% trastorno de pánico y el 2,1% trastorno de estrés postraumático. A pesar de esta prevalencia, solo el 23,8% había recibido tratamiento previo, lo que evidencia una importante brecha en el acceso a la atención en salud mental.

El análisis de los factores asociados reveló que los trastornos de ansiedad están vinculados al sexo, nivel socioeconómico, antecedentes psiquiátricos en los padres, abuso de alcohol y consumo de tabaco. Estos hallazgos subrayan la necesidad de identificar y abordar estos factores para prevenir y tratar estos trastornos en jóvenes. Además, los trastornos de ansiedad se relacionaron con un deterioro funcional significativo, reducción en la calidad de

vida, disminución de la productividad y mayores tasas de comorbilidad, lo que resalta su impacto negativo tanto a nivel individual como social.

Finalmente, el estudio de Arrieta et al. (2014) realizado en Colombia, tuvo como objetivo estimar la asociación entre los síntomas depresivos y ansiosos con factores sociodemográficos, académicos, conductuales y familiares en estudiantes universitarios de Cartagena. Se utilizó una metodología transversal con una muestra de 973 estudiantes seleccionados mediante muestreo probabilístico en la Universidad Pública de Cartagena. Para la recolección de datos, se empleó un instrumento anónimo de autoreporte que incluía variables sociodemográficas como sexo, edad y estrato socioeconómico, junto con el cuestionario Goldberg (E.A.D.G) para evaluar ansiedad y depresión, el APGAR familiar para medir la funcionalidad familiar, y preguntas adicionales sobre factores asociados. Los análisis incluyeron frecuencias, proporciones, razones de disparidad y regresión logística nominal.

Los resultados indicaron una alta prevalencia de síntomas ansiosos y depresivos, con tasas del 76,2% y 74,4%, respectivamente. Los factores asociados con síntomas ansiosos incluyeron dificultades económicas, problemas familiares y consumo de alcohol, mientras que los síntomas depresivos se relacionaron con problemas familiares, dificultades económicas, ansiedad y antecedentes familiares de ansiedad o depresión. Estos hallazgos resaltan la interacción compleja entre factores personales, familiares y sociales en la aparición de trastornos emocionales.

La investigación concluye que la prevalencia de síntomas de ansiedad y depresión en estudiantes universitarios es alarmantemente alta. Además, identifica las dificultades económicas y los problemas familiares como los principales factores de riesgo, subrayando la necesidad de intervenciones que aborden estas problemáticas. Estas estrategias deberían enfocarse en mejorar

la estabilidad económica, fortalecer las relaciones familiares y promover el acceso a servicios de salud mental, con el fin de mejorar la calidad de vida y el bienestar emocional de los jóvenes. Al identificar las principales áreas de vulnerabilidad, se pueden diseñar intervenciones preventivas y terapéuticas que contribuyan a mitigar el impacto de estos trastornos en una población clave para el desarrollo social.

## Marco Teórico

### Ansiedad

La ansiedad es una condición compleja que afecta múltiples dimensiones del funcionamiento humano, incluyendo aspectos emocionales, cognitivos, físicos, conductuales y relacionales (Hugh, 2018). Se caracteriza por un espectro de emociones como inquietud, miedo, preocupación y angustia, así como por dificultades en la concentración y organización del pensamiento. Aunque la ansiedad puede ser funcional al preparar al individuo para enfrentar amenazas, su manifestación crónica o severa genera consecuencias negativas significativas, incluyendo pensamientos obsesivos, conductas compulsivas y deterioro en las relaciones interpersonales.

Desde una perspectiva funcional, la ansiedad es una respuesta natural del organismo diseñada para preparar al individuo a enfrentar peligros percibidos. Sin embargo, cuando se vuelve crónica o severa, su impacto se intensifica negativamente, causando angustia emocional, pensamientos obsesivos, conductas compulsivas y luchas en las relaciones interpersonales (Barlow, 2000). Los trastornos de ansiedad comprenden una variedad de manifestaciones clínicas identificadas por la American Psychiatric Association (2013). Entre ellos se incluyen el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, el trastorno obsesivo-compulsivo, la fobia específica y la fobia social, cada uno con características distintivas. Por ejemplo, el trastorno de ansiedad generalizada se caracteriza por una preocupación excesiva y persistente sobre múltiples aspectos de la vida diaria, mientras que el trastorno de pánico implica episodios recurrentes e inesperados de miedo intenso acompañados de síntomas físicos como taquicardia, sudoración y sensación de ahogo.

La teoría psicoanalítica de Freud coloca la ansiedad en el centro de las experiencias y dificultades psicológicas humanas, considerándola una respuesta ante la impotencia frente a amenazas percibidas. En la infancia, la ansiedad surge ante la posible pérdida del cuidador principal, quien provee necesidades básicas como alimento, calidez y comodidad. Conforme se madura, las amenazas se transforman en temores de perder el afecto, el amor o la aprobación de figuras significativas. Con el tiempo, estas experiencias infantiles se convierten en la base de la ansiedad en la vida adulta, reactivándose ante amenazas presentes o futuras que evocan la sensación de impotencia del pasado.

Freud (1959) distinguió tres tipos de ansiedad: real, neurótica y moral o social, destacando su relación con el miedo. La ansiedad real se fundamenta en un miedo frente a una amenaza externa identificable, como un objeto o situación específica. Por otro lado, la ansiedad neurótica surge de impulsos internos desconocidos, como deseos reprimidos de naturaleza sexual o de control, que generan conflicto interno. Finalmente, la ansiedad moral o social está vinculada a las expectativas sociales y morales, y frecuentemente permanece oculta mediante la represión de pensamientos o comportamientos considerados inaceptables. Estos tipos de ansiedad pueden coexistir, generando una experiencia compleja y multifacética.

La teoría interpersonal, desarrollada por Harry Stack Sullivan a mediados del siglo XX, amplía el enfoque freudiano sobre el mundo interno del individuo al integrar la importancia de las interacciones interpersonales en la formación de la personalidad y en la aparición de problemas psicológicos (Hugh, 2018). Sullivan argumenta que la personalidad se desarrolla a través del compromiso interpersonal, destacando que las relaciones con otros son fundamentales para la salud emocional. A diferencia de Freud, quien centró su atención en los impulsos instintivos y los deseos internos, Sullivan subraya cómo las interacciones con figuras clave,

como los cuidadores primarios, moldean el bienestar emocional desde la infancia y a lo largo de la vida. Según esta teoría, el estrés mental y los trastornos psicológicos son el resultado de una comunicación deficiente, donde la ansiedad desempeña un papel crucial al interrumpir la efectividad de las relaciones interpersonales.

En este marco, Sullivan establece varios supuestos que sustentan su teoría. En primer lugar, la formación de la personalidad ocurre a través del involucramiento interpersonal, donde las primeras interacciones con cuidadores influyen profundamente en las formas de personalidad y la vida emocional. La respuesta de los cuidadores a las necesidades básicas del bebé es determinante. En segundo lugar, la ansiedad es un obstáculo clave para la comunicación efectiva; a medida que esta aumenta, se dificulta el intercambio interpersonal. Por último, Sullivan señala que los individuos en relación construyen un campo interpersonal compartido, en el que las interacciones entre dos o más personas generan un impacto mutuo, afectando tanto la dinámica relacional como el desarrollo individual.

La ansiedad, según la teoría interpersonal, no surge exclusivamente desde nuestro interior, sino como una condición inherente a nuestro campo interpersonal. Este proceso comienza cuando un niño percibe una perturbación emocional en su cuidador, lo cual altera las interacciones receptivas e impide satisfacer sus necesidades básicas. El niño "capta" la ansiedad del cuidador, la interpreta como propia y la interioriza, desarrollando un estado ansioso. En su intento por responder a esta situación, el cuidador, al estar emocionalmente perturbado, amplifica la ansiedad compartida, intensificando el malestar tanto en sí mismo como en el niño. Para aliviar esta ansiedad, el niño busca la aprobación del cuidador, adaptando su comportamiento a las expectativas de este.

Al igual que Freud, Sullivan (1953) enfatizó la importancia de explorar las fuentes de ansiedad en la terapia, subrayando cómo esta se vincula con las relaciones interpersonales y las conductas orientadas a satisfacer las necesidades y expectativas de los demás. Según Sullivan, aliviar la ansiedad requiere aprender nuevas formas de respuesta que prioricen la satisfacción de las propias necesidades y expectativas en lugar de depender exclusivamente de la aprobación externa. En este sentido, Sullivan también promovió un enfoque terapéutico centrado en el cuidado interpersonal, donde el terapeuta desempeña un papel activo en aumentar la sensación de seguridad del individuo ansioso. Esta mayor seguridad contribuye al fortalecimiento de la autoestima y facilita la reelaboración de patrones interpersonales disfuncionales en un entorno terapéutico no amenazante, permitiendo una transformación más profunda y sostenible.

La teoría cognitiva, desarrollada por Aaron T. Beck a finales de los años 1960, identifica la fuente de la ansiedad en los pensamientos y procesos de pensamiento. Beck observó que tanto la depresión como la ansiedad surgen de patrones de pensamiento específicos, caracterizados por suposiciones y creencias negativas (Beck y Mery, 1985). En la depresión, estas creencias suelen estar relacionadas con la percepción del propio valor, talentos y logros, mientras que en la ansiedad se asocian con una aparente incapacidad para mantenerse seguro frente a amenazas potenciales. Estos patrones cognitivos operan automáticamente, generando emociones y estados afectivos que reflejan dichas creencias. Según Beck, la forma en que las personas interpretan y procesan sus experiencias determina cómo se sienten emocionalmente. Para aliviar la ansiedad, propuso la "terapia cognitiva", un enfoque terapéutico centrado en identificar estos patrones cognitivos disfuncionales y reemplazarlos por otros más realistas y constructivos, promoviendo así una mejora en el bienestar emocional.

Beck (1985) establece una conexión intrínseca entre la ansiedad y el miedo, aunque su perspectiva difiere de la de Freud y Sullivan. Para Beck, la ansiedad es un "episodio de miedo" que surge de un proceso de evaluación cognitiva ante una situación percibida como peligrosa. Este proceso inicia cuando una amenaza entra en la conciencia, momento en el que se evalúa su potencial de daño y los recursos disponibles para afrontarla. Según Beck, el miedo implica un componente cognitivo: pensar en el peligro. Si la evaluación revela una insuficiencia de recursos protectores, el miedo evoluciona hacia la ansiedad, que representa el estado emocional resultante. En este sentido, el pensamiento sobre una amenaza (miedo) precede a la experiencia emocional de ansiedad, destacando cómo el componente cognitivo del miedo da lugar al componente afectivo de la ansiedad.

Dado que la ansiedad surge como una respuesta al miedo percibido y no como su causa directa, los esfuerzos terapéuticos deben enfocarse en identificar, comprender y mitigar el miedo que desencadena esta respuesta ansiosa. Para lograr esto, es fundamental trabajar en la reinterpretación de las evaluaciones cognitivas que subyacen al miedo, modificando los patrones de pensamiento que conducen a la ansiedad. Según Beck (1985), la ansiedad también tiene componentes fisiológicos significativos, como genes, hormonas y neurotransmisores, que interactúan con las estructuras cerebrales para predisponer a las personas a respuestas desproporcionadas ante amenazas mínimas. Por ello, además de las intervenciones psicoterapéuticas, especialmente las cognitivo-conductuales, el manejo de la ansiedad suele requerir medicamentos que regulen los niveles de norepinefrina y serotonina, estabilizando las respuestas fisiológicas asociadas con estos trastornos.

## Depresión

La depresión, también conocida como trastorno depresivo mayor, es una enfermedad médica común y grave que afecta tanto el estado de ánimo como la capacidad cognitiva y comportamental de una persona. Según la American Psychiatric Association (2020), este trastorno se caracteriza por sentimientos persistentes de tristeza y/o una pérdida significativa de interés en actividades que previamente resultaban placenteras. Además, la depresión puede ocasionar una serie de problemas emocionales y físicos, los cuales interfieren significativamente con la capacidad de la persona para funcionar de manera efectiva en su vida diaria, tanto en el ámbito laboral como en el hogar.

La sintomatología de la depresión varía entre los individuos y, según la misma fuente, existen múltiples explicaciones para este trastorno. Algunos estudios sugieren una base biológica en la depresión, señalando factores genéticos, alteraciones en los neurotransmisores cerebrales y disfunciones en las redes neuronales involucradas en el procesamiento emocional. Otros enfoques, como el cognitivo y el psicosocial, abogan por la influencia de experiencias tempranas y situaciones estresantes como determinantes importantes del desarrollo de la enfermedad. Además, la depresión puede tener un componente crónico en algunos casos, lo que implica una predisposición a episodios recurrentes a lo largo de la vida del individuo.

Bernaras et al. (2019) definen el trastorno depresivo mayor como un estado de ánimo deprimido que persiste la mayor parte del día, casi todos los días. En niños y adolescentes, este estado puede manifestarse con irritabilidad más que con tristeza profunda. Este trastorno implica una disminución significativa del interés o placer en casi todas las actividades, pérdida o aumento considerable de peso, trastornos del sueño (insomnio o hipersomnio), agitación o retraso psicomotor, fatiga, y sentimientos de inutilidad o culpa excesiva. Además, se presentan

dificultades para concentrarse y pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida, o incluso intentos de suicidio.

Según el DSM-5, el trastorno depresivo persistente (distimia) es una forma crónica del trastorno depresivo mayor y se caracteriza por un estado de ánimo deprimido que dura la mayor parte del día durante al menos 2 años en adultos, y 1 año en niños y adolescentes. En este trastorno, los síntomas pueden incluir fatiga, insomnio o hipersomnio, baja autoestima, dificultad para tomar decisiones y sentimientos de desesperanza. Si un individuo presenta los síntomas de un episodio depresivo mayor durante 2 años, también debe ser diagnosticado con trastorno depresivo persistente. Ambos trastornos requieren una evaluación clínica exhaustiva para su diagnóstico, considerando su impacto en la vida diaria del paciente y la presencia de síntomas que interfieren con su bienestar emocional, físico y social.

El trastorno disfórico premenstrual (TDPM) es una forma grave de síndrome premenstrual que se caracteriza por una combinación de síntomas emocionales, conductuales y físicos que afectan significativamente el bienestar de la persona. Según los criterios diagnósticos, establecidos por el DSM-5, para que se diagnostique el trastorno, deben estar presentes al menos cinco síntomas durante la última semana antes del inicio de la menstruación. Estos síntomas deben mejorar considerablemente o desaparecer por completo en los días posteriores al inicio de la menstruación. Además, los síntomas deben repetirse durante la mayoría de los ciclos menstruales en el último año y deben interferir con el funcionamiento ocupacional y social de la persona.

Las características más distintivas del TDPM incluyen labilidad afectiva, irritabilidad o ira intensa, lo que puede dar lugar a conflictos interpersonales significativos. También se presenta un estado de ánimo marcadamente deprimido, sobreexcitación, y síntomas de ansiedad.

Estos síntomas emocionales pueden ir acompañados de manifestaciones somáticas, como fatiga, dolor en los senos, dolores musculares y cambios en el apetito, así como conductuales, como alteraciones en los patrones de sueño o en el comportamiento social. La combinación de estos síntomas puede afectar gravemente la calidad de vida de quienes lo padecen, especialmente si no se gestionan adecuadamente.

El trastorno depresivo inducido por sustancias o medicamentos se caracteriza por la aparición de síntomas típicos de un trastorno depresivo, similar al trastorno depresivo mayor, como resultado del consumo, la inhalación o la inyección de una sustancia. Estos síntomas deben persistir incluso después de que los efectos fisiológicos de la sustancia, ya sea por intoxicación o abstinencia, hayan desaparecido. Es fundamental realizar un diagnóstico cuidadoso para determinar si los síntomas depresivos fueron realmente causados por el uso de la sustancia o si el trastorno depresivo surgió de manera independiente durante el período en que se estaba tomando el medicamento. Este diagnóstico es importante para diferenciar entre un trastorno depresivo que es consecuencia del uso de una sustancia y un trastorno depresivo preexistente o concurrente.

El trastorno depresivo recurrente, según Holmans et al. (2007), se caracteriza por episodios repetidos de depresión que son similares a los descritos para los episodios depresivos únicos, pero sin la presencia de manía. Aunque en ocasiones puede haber episodios breves de leve elevación del estado de ánimo e hiperactividad (hipomanía), estos episodios suelen ocurrir inmediatamente después de un episodio depresivo y, a veces, son precipitados por el tratamiento antidepresivo. Las formas más graves de este trastorno pueden ser muy similares a la depresión maníaco - depresiva, la melancolía, la depresión vital y la depresión endógena. El primer episodio puede presentarse a cualquier edad, desde la niñez hasta la vejez, y su inicio puede ser tanto agudo como insidioso, con una duración que varía desde unas pocas semanas hasta varios

meses. Aunque el trastorno depresivo recurrente puede presentarse en formas leves o moderadas, en ninguno de estos casos se observan antecedentes de manía.

Los trastornos depresivos no pueden explicarse mediante una única teoría, ya que su aparición y persistencia dependen de una variedad de factores. En este sentido, Nique et al. (2014) señalan que las teorías biológicas se enfocan en analizar los trastornos del estado de ánimo desde una perspectiva neurológica. En casos en los que un trastorno del estado de ánimo no pueda explicarse por antecedentes familiares o eventos estresantes significativos, se considera que el niño o adolescente podría estar padeciendo una enfermedad neurológica. En estos casos, los síntomas depresivos pueden manifestarse tempranamente en niños y adolescentes como síndromes epilépticos, trastornos del sueño, cefaleas crónicas recurrentes, diversas enfermedades neurometabólicas y tumores intracraneales.

El trastorno depresivo se ha asociado a un déficit de noradrenalina, con implicaciones importantes para su comprensión y tratamiento. En este contexto, Clarke y Currie (2009) destacan que la serotonina, como monoamina vinculada con la adrenalina, noradrenalina y dopamina, juega un papel fundamental en el cerebro. Esta sustancia interviene en funciones vitales como la regulación del apetito, el sueño, la memoria y el aprendizaje. Además, está involucrada en la regulación de la temperatura y las conductas sociales, lo que subraya su relevancia en la salud mental. Finalmente, las alteraciones en estos procesos pueden estar relacionadas con diversas patologías psiquiátricas, incluidas las depresivas.

Igualmente, se mencionan las alteraciones endocrinas como factores de riesgo biológicos que aumentan la vulnerabilidad a la depresión. Estos incluyen cambios relacionados con la edad y la presencia de factores endocrinos, inflamatorios, inmunológicos, cardiovasculares y neuroanatómicos. Algunos estudios sugieren que la depresión podría estar vinculada a

alteraciones endocrinas, como la secreción nocturna de cortisol, de la hormona del crecimiento, de la hormona estimulante de la tiroides, y de melatonina y prolactina. También se ha observado que niveles elevados de cortisol o una disminución en la producción de hormona del crecimiento podrían estar relacionados con la depresión.

De igual manera, se han identificado explicaciones relacionadas con trastornos del sueño. Según Garbarino et al. (2016), los problemas de sueño a menudo están asociados a situaciones como la privación social, el desempleo o eventos vitales estresantes, como el divorcio, los malos hábitos de vida o las malas condiciones laborales. Además, las explicaciones vinculadas a la neurotransmisión alterada, como las que sugiere Pariante (2017), apuntan a anomalías en el eje hipotalámico-pituitario-suprarrenal (HPA), que están involucradas en el estrés crónico, la inflamación, la neuroplasticidad reducida y la disfunción de la red neuronal.

### **La Depresión y la Ansiedad en los Adultos Jóvenes**

La ansiedad y la depresión en adultos jóvenes son trastornos prevalentes que pueden estar influenciados por una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales. De acuerdo con Aguilar et al. (2019), estos trastornos afectan significativamente a los adultos jóvenes debido a las características particulares de esta etapa de la vida. Es crucial identificar y abordar los factores que contribuyen a la aparición de estos trastornos para garantizar el acceso a recursos de salud mental adecuados, lo cual puede prevenir su desarrollo o empeoramiento. En Colombia, como en otras partes del mundo, la depresión y la ansiedad representan problemas importantes de salud mental en esta población.

Es importante considerar que la estructura familiar puede influir en el bienestar emocional de los jóvenes. Pardo et al. (2004) señalan que los niños y adolescentes que provienen de familias con padres separados tienden a presentar desempeños más bajos en diversas áreas,

como la emocionalidad, el rendimiento académico y la salud. Estos jóvenes también enfrentan mayores riesgos de problemas como embarazos no deseados y trabajo infantil a edades tempranas, en comparación con aquellos que crecen en familias con ambos padres. Igualmente, McCloskey y Lichter (2003) afirman que los adolescentes que presenciaron violencia entre sus padres durante la infancia son más propensos a sufrir depresión y mostrar conductas agresivas hacia compañeros, pares del mismo sexo y padres.

Factores socioeconómicos, como los ingresos bajos, también tienen un impacto considerable en la salud mental, ya que los adultos jóvenes con dificultades económicas enfrentan un mayor riesgo de experimentar ansiedad y depresión. Los problemas económicos aumentan el estrés y limitan el acceso a atención médica adecuada, lo que agrava la situación. Según Patel et al. (2018), los adultos jóvenes con bajos ingresos enfrentan dificultades para cubrir sus necesidades básicas, lo que incrementa la ansiedad y afecta negativamente su bienestar emocional.

Ortíz, López y Borges (2007) destacan que la desigualdad económica en países como Colombia puede contribuir al desarrollo de la depresión y la ansiedad en adultos jóvenes. En contextos de familias de bajos ingresos, los jóvenes pueden experimentar sentimientos de marginación o desventaja en comparación con aquellos provenientes de familias con más recursos, lo que afecta su autoestima y bienestar emocional. Esta brecha económica puede hacer que los jóvenes se sientan excluidos de las oportunidades y los recursos disponibles, lo que agrava sus dificultades psicológicas.

De acuerdo con Silva, Loureiro y Graca (2016), el desempleo o el subempleo pueden ser factores de estrés significativos para los adultos jóvenes en Colombia. La falta de oportunidades laborales adecuadas puede generar sentimientos de inseguridad financiera, baja autoestima y

desesperanza sobre el futuro, lo que aumenta el riesgo de depresión y ansiedad. Estos factores se combinan con las presiones sociales y personales de esta etapa de la vida, incrementando la vulnerabilidad de los adultos jóvenes a trastornos mentales. La ausencia de un empleo estable y satisfactorio puede también dificultar el acceso a recursos y servicios de salud mental, exacerbando las condiciones de los afectados.

Al respecto, Piñeros et al. (2021) plantean que, en áreas afectadas por la violencia y el conflicto armado, los adultos jóvenes pueden enfrentar traumas psicológicos, estrés crónico y dificultades para acceder a servicios de salud mental adecuados, lo que aumenta el riesgo de desarrollar trastornos mentales como la depresión y la ansiedad. Estos traumas, sumados a la falta de apoyo emocional y recursos adecuados, generan un contexto que favorece la aparición de trastornos mentales en esta población vulnerable. Además, los hallazgos de Maddaleno (1987) indican que la depresión está relacionada con el síndrome de riesgo en la adolescencia, que implica la aparición conjunta de factores como el consumo de sustancias, el inicio temprano de la sexualidad o embarazos, el bajo rendimiento escolar o el abandono de estudios, y la delincuencia, lo que agrava las condiciones de salud mental de los jóvenes en contextos de vulnerabilidad.

Así mismo, Hernández (2016) resalta que, al diagnosticar un trastorno depresivo en adolescentes, es crucial considerar aspectos como la intensidad y naturaleza del episodio, el nivel de adaptación en su entorno y actividades, su reconocimiento del problema, y su habilidad para manejar los pensamientos asociados a la depresión. Este enfoque integral en el diagnóstico permite comprender mejor las necesidades de los adolescentes y ofrecerles un tratamiento adecuado. La falta de apoyo adecuado, tanto emocional como social, profundiza las consecuencias negativas, limitando el bienestar y la funcionalidad en la vida diaria de los

afectados. Por lo tanto, es fundamental abordar las desigualdades económicas y sociales para mejorar el acceso a los servicios de salud mental y reducir el impacto de estos problemas en esta población. Esto requiere la implementación de estrategias integrales que consideren tanto los factores individuales como contextuales que contribuyen al desarrollo de estos trastornos.

## Metodología

### Enfoque Metodológico

Este estudio adoptó un enfoque cuantitativo con un diseño descriptivo, complementado por una fase de vinculación, para analizar los factores sociodemográficos asociados a la presencia de síntomas depresivos y ansiosos en jóvenes del municipio de Samaná, en el departamento de Caldas. Este enfoque permite la recopilación y análisis de datos numéricos, facilitando la identificación de patrones y relaciones entre las variables estudiadas, y contribuyendo a una comprensión integral del fenómeno. La población objetivo consistió en jóvenes de entre 18 y 28 años. Para garantizar la representatividad de los datos en términos de género, nivel socioeconómico y ubicación geográfica (zonas urbanas y rurales), se empleó un muestreo probabilístico.

En la fase de recopilación de información, se utilizó una encuesta semiestructurada que incluía preguntas sobre variables demográficas, antecedentes familiares de salud mental, dinámica familiar, redes de apoyo, nivel educativo, ocupación, uso de sustancias y bienestar emocional percibido. Para la medición específica de los síntomas de depresión y ansiedad, se aplicaron dos instrumentos estandarizados: el **Cuestionario de Salud del Paciente-9 (PHQ-9)**, basado en Borghero et al. (2018), y el **Trastorno de Ansiedad Generalizada-7 (GAD-7)**, con referencia a Crockett et al. (2022). Ambos instrumentos han demostrado alta validez y confiabilidad en contextos similares, según lo evidenciado por estudios recientes (Galindo-Vázquez et al., 2023). La metodología del estudio se estructuró en varias etapas clave:

1. Definición del problema y revisión bibliográfica: Se realizó un análisis exhaustivo de literatura previa para contextualizar y sustentar teóricamente la investigación.

2. Diseño y prueba de herramientas: Las herramientas de recopilación de datos fueron validadas para garantizar su pertinencia y precisión.
3. Recolección de datos: Se encuestó a los participantes seleccionados en distintas zonas del municipio, abarcando tanto áreas urbanas como rurales.
4. Análisis de datos: Los datos obtenidos se procesaron mediante estadística descriptiva y métodos correlacionales, con el propósito de identificar asociaciones significativas entre los factores sociodemográficos y los síntomas reportados.

Finalmente, los resultados serán interpretados a la luz del marco teórico y la experiencia previa, lo que permitirá formular recomendaciones específicas para el desarrollo de estrategias de intervención psicosocial adaptadas a los contextos específicos de Samaná, Caldas. Este enfoque integral busca contribuir al diseño de políticas públicas y programas sociales orientados a mejorar la salud mental de esta población vulnerable, abordando las particularidades y necesidades detectadas en el estudio.

### **Tipo de Investigación**

La investigación se enmarca en un diseño **descriptivo con una fase asociativa**, según lo planteado por Ato et al. (2013). Este enfoque permite analizar el fenómeno estudiado y sus componentes a través de la medición de conceptos y la definición de variables. Mediante este tipo de estudio, se busca especificar las propiedades, características y perfiles de los sujetos y contextos involucrados, incluyendo personas, grupos, comunidades y procesos, entre otros elementos objeto de análisis. (Ibor & I, 2007)

La fase descriptiva se centra en detallar y categorizar los aspectos relevantes del fenómeno de interés, mientras que la fase asociativa busca identificar relaciones entre las variables analizadas. Este enfoque resulta particularmente adecuado para comprender la

interacción entre factores sociodemográficos y los síntomas depresivos y ansiosos en la población de jóvenes de Samaná, Caldas, al permitir un análisis exhaustivo y sistemático de los datos recopilados.

### **Fuentes de Información**

Para la elaboración del estudio, se llevó a cabo la recolección de información primaria a través de una encuesta semiestructurada aplicada a jóvenes de entre 18 y 28 años, con el propósito de identificar factores asociados a la depresión y la ansiedad, así como sus características sociodemográficas. La encuesta está diseñada para abordar diversos aspectos relevantes mediante preguntas organizadas en secciones:

1. Información Demográfica: incluye datos sobre edad, género, nivel socioeconómico, y ubicación.
2. Experiencia Previa: indaga sobre antecedentes familiares de salud mental y dinámicas familiares.
3. Redes de Apoyo: examina el acceso a sistemas de soporte social y comunitario.
4. Acceso a Recursos: considera la disponibilidad de servicios de salud mental y otras herramientas de apoyo.
5. Estigma y Percepción Social: evalúa las creencias y actitudes sobre salud mental.
6. Cuestiones Culturales y Contextuales: explora factores específicos del entorno y su influencia.
7. Preguntas Abiertas: profundizan en las percepciones de los entrevistados respecto a la salud mental, ofreciendo un panorama cualitativo complementario.

Se emplearon los cuestionarios PHQ-9 y GAD-7, reconocidos internacionalmente por su validez y confiabilidad, para evaluar los síntomas de depresión y ansiedad, respectivamente, según Galindo et al. (2023).

El PHQ-9 consta de nueve preguntas que evalúan la presencia y la gravedad de síntomas depresivos durante las últimas dos semanas. Cada ítem se basa en los criterios del DSM-5 para el trastorno depresivo mayor y se califica en una escala de 0 a 3, que mide la frecuencia de los síntomas. La puntuación total puede variar entre 0 y 27, donde los puntajes más altos reflejan una mayor gravedad de los síntomas.

El GAD-7 consta de siete preguntas que evalúan la presencia y la gravedad de los síntomas de ansiedad en las últimas dos semanas, también basándose en los criterios del DSM-5 para el trastorno de ansiedad generalizada. Al igual que el PHQ-9, las respuestas se califican en una escala de 0 a 3, y la puntuación total puede variar entre 0 y 21, indicando mayor gravedad con puntajes más altos.

Ambos cuestionarios son herramientas de detección útiles que permiten una evaluación rápida y eficiente de la gravedad de los síntomas. No obstante, no constituyen herramientas diagnósticas definitivas y deben ser complementadas con evaluaciones más amplias realizadas por profesionales de la salud mental. El diseño integral de estas herramientas y el enfoque mixto de la encuesta buscan obtener un panorama detallado y preciso de los factores que inciden en la salud mental de la población objetivo, permitiendo un análisis tanto cuantitativo como cualitativo del fenómeno estudiado.

### **Ruta Metodológica**

De acuerdo con Huerta y Tapia (2015), la ruta metodológica es el trayecto que guía el desarrollo de un proyecto, delineando las fases necesarias para alcanzar los objetivos propuestos.

Basándose en esta perspectiva, el presente estudio se estructura en cuatro líneas de acción centrales, que se implementan bajo un enfoque cuantitativo. A continuación, se describen estas líneas de acción:

### **Línea de Acción 1: Identificación de la Problemática y Revisión Documental**

La primera línea de acción consiste en una exploración exhaustiva del problema de investigación, complementada por una revisión de la literatura y los marcos teóricos relevantes. Este paso busca contextualizar la temática, entender sus antecedentes y justificar la importancia del estudio.

### **Línea de Acción 2: Recolección de Información**

En la segunda línea, se lleva a cabo la recolección de datos primarios, utilizando instrumentos como encuestas semiestructuradas y cuestionarios validados (PHQ-9 y GAD-7) para evaluar los factores asociados a la depresión y la ansiedad. Este proceso incluye la aplicación sistemática de las herramientas en la población objetivo, garantizando la representatividad de los datos.

### **Línea de Acción 3: Análisis de Datos y Establecimiento de Asociaciones**

La tercera línea de acción implica la organización y análisis de la información recolectada, empleando métodos estadísticos descriptivos y correlacionales para identificar patrones y asociaciones significativas entre factores sociodemográficos y los síntomas de depresión y ansiedad reportados por los participantes.

### **Línea de Acción 4: Diseño de Estrategias de Intervención**

Finalmente, se desarrolla una propuesta de estrategias orientadas a la prevención, detección y abordaje de los problemas de salud mental en los jóvenes de Samaná, Caldas. Estas

estrategias estarán fundamentadas en los hallazgos del estudio y adaptadas al contexto sociocultural y económico de la población.

Esta ruta metodológica asegura que el estudio no solo cumpla con sus objetivos científicos, sino que también aporte insumos prácticos para el diseño de intervenciones que contribuyan al bienestar psicosocial de la comunidad.

## Resultados

### Características Sociodemográficas

Los participantes de este estudio presentaron una distribución por sexo asignado al nacer del 55,2% femenino y 44,8% masculino (ver tabla 1). La gran mayoría (96,3%) pertenece a un nivel socioeconómico bajo, mientras que el 3,7% se distribuye entre niveles medio y alto, siendo apenas dos personas las que reportaron pertenecer al nivel socioeconómico alto. El estado civil predominante es soltero, representando el 66,8% de los participantes. El 25,7% viven en unión libre, el 4,1% están casados, el 2,9% separados o divorciados, y solo el 0,4% son viudos(as).

El 40,2% de los encuestados tienen un empleo, el 27,0% se dedican exclusivamente a estudiar, el 17,4% estudian y trabajan simultáneamente, y el 15,4% no reportaron ninguna ocupación. En términos de estructura familiar, el 37% de los participantes vive en familias monoparentales, mientras que el 34% residen en familias biparentales extensas. Un 10% vive en familias biparentales, el 9% indicó que viven solos, el 8% carece de un núcleo familiar definido y el 1% vive en familias monoparentales extensas.

La edad promedio de los participantes fue de 23 años, con una desviación estándar de  $\pm 4$  años (IC 95%:  $L_i=22,47$ ;  $L_s=23,49$ ).

En cuanto al área de residencia, se identificó que el 73,4% de los participantes vive en la zona rural del municipio, mientras que el 26,6% reside en la zona urbana (ver tabla 1).

**Tabla 1**

*Caracterización Según Variables Sociodemográficas a un Grupo de Jóvenes del Municipio de Samaná, Caldas*

		n	%
Sexo asignado al nacer	Femenino	133	55,2
	Masculino	108	44,8
Nivel socioeconómico	Bajo	232	96,3
	Medio	7	2,9
	Alto	2	0,8
Estado civil:	Casado	10	4,1
	Separado o divorciado	7	2,9
	Soltero	161	66,8
	Unión libre	62	25,7
	Viudo(a)	1	0,4
Ocupación:	Estudia	65	27,0
	Estudia y trabaja	42	17,4
	Ninguna	37	15,4
	Trabaja	97	40,2
Tipo de familia	Monoparental	90	37
	Monoparental extensa	2	1
	Biparental	25	10
	Biparental extensa	83	34
	Sin núcleo	19	8
	Unipersonal	22	9
Total		241	100

*Nota.* Caracterización Según Variables Sociodemográficas a un Grupo de Jóvenes del Municipio de Samaná, Caldas.

Uno de los aspectos clave que debe considerarse desde la salud mental comunitaria para comprender este fenómeno es el contexto social y familiar de los participantes. En relación con el nivel de escolaridad de los padres, la mayoría (46,9%) tiene educación básica primaria, mientras que un 27,0% no posee ningún nivel educativo (ver tabla 2). Cabe destacar que solo uno de los padres alcanzó estudios universitarios. De manera similar, el nivel educativo de las madres refleja una tendencia comparable, con el 45,6% limitándose a la educación básica primaria y un 19,1% sin ningún nivel educativo. Por otro lado, cinco madres lograron completar estudios universitarios, y un 1,7% incluso cuenta con algún tipo de posgrado.

En cuanto a los antecedentes familiares, el 36,9% de los participantes informa que no existen antecedentes de problemas de salud mental en su familia. Sin embargo, un 35,3% no está seguro o desconoce si hay antecedentes de este tipo. Además, un 16,6% menciona la presencia de antecedentes de depresión, y un 8,7% señala antecedentes de ansiedad. Por último, un 2,5% de los participantes reporta otras patologías relacionadas con la salud mental, según lo indicado por los jóvenes en sus respuestas.

**Tabla 2***Características del Entorno Familiar*

		n	%
Nivel de escolaridad de su padre	Básica Primaria	113	46,9
	Básica Secundaria	20	8,3
	Ninguno	65	27,0
	Preescolar	30	12,4
	Técnico o tecnólogo	12	5,0
	Universitario	1	0,4
Nivel de escolaridad de su madre:	Básica Primaria	110	45,6
	Básica Secundaria	43	17,8
	Ninguno	46	19,1
	Posgrado	4	1,7
	Preescolar	22	9,1
	Técnico o tecnólogo	11	4,6
	Universitario	5	2,1
Antecedentes familiares	Ansiedad	21	8,7
	Depresión	40	16,6
	Ninguno	89	36,9
	No sabe	85	35,3
	Otra patología de salud mental	6	2,5

*Nota.* Características del Entorno Familiar

Al analizar integralmente el fenómeno, es importante considerar varias características sociales y culturales de los participantes que pueden ser determinantes, tales como el nivel educativo, la pertenencia a grupos minoritarios, los antecedentes personales de síntomas psicopatológicos, el consumo de alcohol y la autopercepción sobre la dificultad para abstenerse de su consumo (ver tabla 3). En cuanto al nivel educativo alcanzado, la mayoría de los participantes tiene estudios de educación básica secundaria (41,1%) o primaria (29,5%). Un 18,7% ha completado estudios técnicos o tecnológicos, y solo un 7,5% cuenta con estudios universitarios. Además, un pequeño porcentaje de los encuestados (1,7%) no ha recibido ningún tipo de educación formal, lo que constituye un aspecto preocupante.

En relación con la pertenencia a grupos minoritarios, el 59,3% de los participantes se identifica como desplazado, mientras que un 22,0% se considera víctima del conflicto armado. Solo dos jóvenes indican pertenecer a la comunidad LGTBIQ+, y dos más se identifican como migrantes. En cuanto a la identidad étnica, la gran mayoría (95,4%) no se asocia con ningún grupo étnico en particular, aunque un 3,7% menciona pertenecer a otro grupo sin especificar su identidad.

En cuanto a los antecedentes personales de salud mental, el 12,0% de los participantes reporta antecedentes de depresión, mientras que el 11,6% menciona antecedentes de ansiedad. El 58,1% indica no tener antecedentes de salud mental, y un 15,8% no sabe si tiene antecedentes. Además, un 2,5% reporta otras patologías mentales. Respecto al consumo de alcohol, el 39,4% de los encuestados afirma que nunca consume alcohol, mientras que un 31,5% lo hace rara vez, un 16,6% de forma ocasional, y solo un 4,6% lo consume con frecuencia.

En cuanto a la autopercepción de la dificultad para abstenerse del consumo de alcohol ante la disponibilidad en casa, el 71,8% considera que no sería difícil abstenerse, mientras que un

14,1% lo percibe como ligeramente difícil y un 5,4% como ligeramente difícil. Solo un 1,2% indica que no habría sido capaz de resistir la tentación de consumir alcohol en esas circunstancias.

**Tabla 3**

*Características Personales de Riesgo*

		n	%
Mayor nivel educativo alcanzado	Básica Primaria	71	29,5
	Básica Secundaria	99	41,1
	Ninguno	4	1,7
	Posgrado	1	0,4
	Preescolar	3	1,2
	Técnico o tecnólogo	45	18,7
	Universitario	18	7,5
Pertenencia a un grupo minoritario	Desplazado	143	59,3
	LGTBIQ+	2	0,8
	Migrante	2	0,8
	Ninguno	37	15,4
	Persona con discapacidad	4	1,7
	Víctima del conflicto armado	53	22,0
Grupo Étnico	Gitano	2	0,8
	Ninguno	230	95,4
	Otro	9	3,7
Antecedentes personales	Ansiedad	28	11,6
	Depresión	29	12,0
	Ninguno	140	58,1
	No sabe	38	15,8
	Otra patología de salud mental	6	2,5
Consumo de alcohol	A menudo	11	4,6

	n	%
	17	7,1
Algunas veces		
La mayor parte del tiempo	2	0,8
Nunca	95	39,4
Ocasionalmente	40	16,6
Rara vez	76	31,5
Extremadamente difícil	1	0,4
Ligeramente difícil	13	5,4
Moderadamente difícil	8	3,3
Muy difícil	9	3,7
Muy ligeramente difícil	34	14,1
Nada difícil	173	71,8
No hubiera sido capaz de resistirme	3	1,2
Total	241	100,0

*Nota.* Características Personales de Riesgo

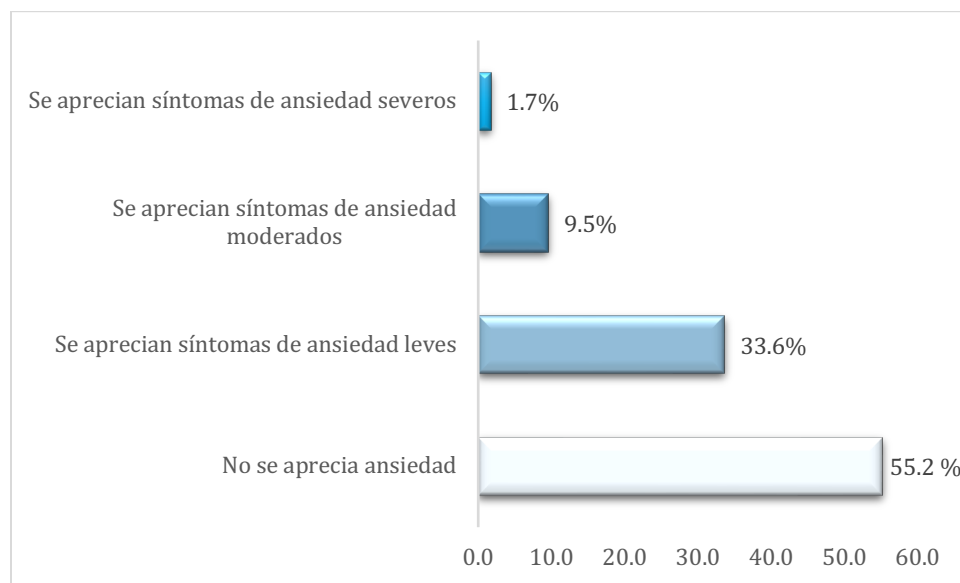
### Niveles de Ansiedad

De los 241 participantes, el 55,2% (133 jóvenes) no presenta síntomas de ansiedad, lo que representa la mayoría del grupo. Sin embargo, un 33,6% (81 jóvenes) reporta síntomas leves de ansiedad, lo que es relevante, ya que aproximadamente un tercio de los encuestados experimenta algún nivel de ansiedad, aunque en su forma leve.

Por otro lado, un 9,5% (23 jóvenes) muestra síntomas moderados de ansiedad, mientras que solo un 1,7% (4 jóvenes) presenta síntomas severos. A pesar de que la prevalencia de ansiedad severa es baja, es importante monitorear a este grupo debido al potencial impacto en su bienestar. En conjunto, estos resultados reflejan que casi la mitad de los encuestados presenta algún nivel de ansiedad.

**Figura 1**

*Distribución Porcentual de los Niveles de Ansiedad en Jóvenes*



### **Niveles de Depresión**

Los datos muestran que el 58,1% (140 personas) no presenta síntomas de depresión o tiene un nivel mínimo de depresión, lo que sugiere que más de la mitad de los participantes no experimenta este trastorno o lo presenta de forma muy leve.

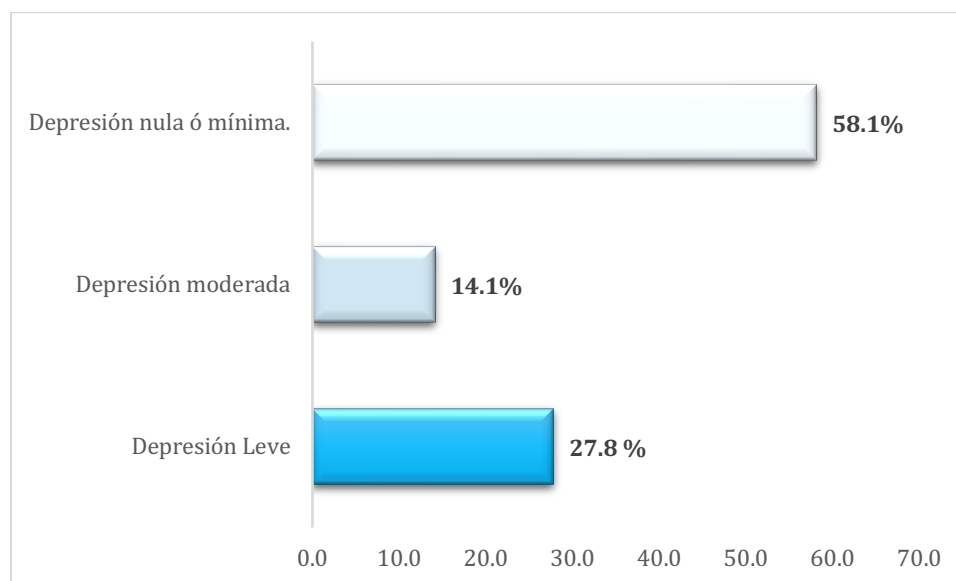
Sin embargo, el 27,8% de los encuestados (67 personas) reporta síntomas de depresión leve, lo cual es significativo, ya que representa aproximadamente una cuarta parte de la población. Este grupo podría estar en riesgo de que sus síntomas se agraven si no se les brinda el acompañamiento adecuado.

En cuanto a los jóvenes que presentan un mayor riesgo, el instrumento revela que un 14,1% de los encuestados (34 personas) experimenta depresión moderada, lo que sugiere una necesidad urgente de atención. Aunque no se identificaron casos de depresión severa en esta

muestra, la suma de personas con depresión leve y moderada (41,9%) resalta la importancia de abordar la salud mental como una prioridad en esta población.

## Figura 2

*Distribución Porcentual de los Niveles de Depresión en Jóvenes*



## Diferencias y Similitudes en las Manifestaciones de Ansiedad en los Jóvenes

Los datos indican que la ansiedad en los jóvenes no se manifiesta de manera uniforme según algunas variables sociodemográficas. A través de una prueba de comparación, se determinó que no existen diferencias significativas en la ansiedad en función del sexo asignado al nacer, el estado civil, la ocupación y la estructura familiar ( $p > 0.05$ ).

Por otro lado, se encontró que la ansiedad presenta diferencias significativas en relación con el nivel socioeconómico, los antecedentes familiares, el nivel educativo alcanzado y la pertenencia a un grupo minoritario ( $p < 0.05$ ), como se puede observar en la Tabla 4.

**Tabla 4***Comparación de la Ansiedad con las Características Sociodemográficas*

Característica sociodemográfica	Categoría	No se aprecia ansiedad	Se aprecian síntomas de ansiedad leves	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados	Se aprecian síntomas de ansiedad severos	Chi-cuadrado de Pearson	gl	p valor
Sexo	Femenino	58,6%	30,8%	8,3%	2,30%	2,466	3	0,481
	Masculino	50,9%	37,0%	11,1%	0,9%			
Nivel socioeconómico	Bajo	54,7%	34,9%	9,5%	0,9	35,707	6	<0,001
	Medio	57,1%	0,0%	14,3%	28,6			
	Alto	100,0%	0,0%	0,0%	0			
Estado civil	Casado	50,0%	40,0%	10,0%	0,0%	12,409	12	0,413
	Divorciado o separado	28,6%	28,6%	42,9%	0,0%			
	Soltero	56,5%	32,3%	9,3%	1,9%			
	Unión libre	56,5%	35,5%	6,5%	1,6%			
	Viudo	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%			
Ocupación	Estudia	58,5%	38,8%	9,2%	1,5%	3872	9	0,920
	Estudia trabaja	47,6%	35,7%	14,3%	2,4%			
	Ninguna	51,4%	40,5%	5,4%	2,7%			
	Trabaja	57,7%	32,0%	9,3%	1,0%			
Con quien vive actualmente	Monoparental	56,7%	31,1%	10,0%	2,2%	8125	15	0,919
	Monoparental extensa	50,0%	50,0%	0,0%	0,0%			
	Biparental	48,0%	48,0%	4,0%	0,0%			
	Biparental extensa	55,4%	32,5%	9,6%	2,4%			
	Sin núcleo	52,6%	42,1%	5,3%	0,0%			
Unipersonal	59,1%	22,7%	18,2%	0,0%				
Antecedentes familiares	Ansiedad	23,8%	47,6%	23,8%	4,8%	30810	12	0,002
	Depresión	37,5%	40,0%	17,5%	5,0%			

	Ninguno	70,8%	24,7%	4,5%	0,0%			
	No sabe	54,1%	37,6%	7,1%	1,2%			
	Otra patología de salud mental	66,7%	16,1%	16,7%	0,0%			
	Básica primaria	64,8%	23,9%	9,9%	1,4%			
	Básica secundaria	50,5%	35,4%	13,1%	1,0%			
Mayor nivel educativo alcanzado	Ninguno	25,0%	75,0%	0,0%	0,0%	76765	18	<0,001
	Posgrado	0,0%	0,0%	0,0%	100,0%			
	Preescolar	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%			
	Técnico o tecnólogo	57,8%	33,3%	6,7%	2,2%			
	Universitario	55,6%	44,4%	0,0%	0,0%			
	Desplazado	53,1%	37,1%	9,8%	0,0%			
Pertenencia a grupo minoritario	LGTBIQ+	0,0%	50,0%	0,0%	50,0%	45438	15	<0,001
	Migrante	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%			
	Ninguno	67,6%	27,0%	2,7%	2,7%			
	Persona con discapacidad	75,0%	0,0%	25,0%	0,0%			
	Víctima del conflicto armado	54,7%	28,3%	13,2%	3,8%			
Pertenencia étnica	Gitano	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%	18086	6	0,006
	Ninguno	57,8%	30,9%	9,6%	1,7%			
	Otro	0,0%	88,9%	11,1%	0,0%			

*Nota.* Comparación de la Ansiedad

Se analizaron diversos factores para evaluar la relación entre la ansiedad y los riesgos asociados a la salud mental. Los resultados muestran que existen diferencias significativas cuando los jóvenes reportan antecedentes de trastornos mentales, consumo de bebidas

alcohólicas y la capacidad de autocontrol. Estos factores parecen estar directamente asociados con la presencia de síntomas de ansiedad, lo que sugiere una relación importante entre ellos.

**Tabla 5**

*Diferencias Entre los Síntomas de Ansiedad de Acuerdo con Factores de Riesgo en Salud Mental*

Factores de riesgo a la salud mental	Categoría	No se aprecia ansiedad	Se aprecian síntomas de ansiedad leves	Se aprecian síntomas de ansiedad moderados	Se aprecian síntomas de ansiedad severos	Chi-cuadrado de Pearson	gl	p valor
Antecedentes personales	Ansiedad	28,6%	50,0%	14,3%	7,1%	52450	12	<0,001
	Depresión	31,0%	48,3%	17,2%	3,4%			
	Ninguno	72,1%	24,3%	3,6%	0,0%			
	No sabe	28,9%	44,7%	23,7%	2,6%			
	Otra patología de salud mental	66,7%	33,3%	0,0%	0,0%			
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	A menudo	18,2%	45,5%	36,4%	0,0%	45141	5	<0,001
	Algunas veces	35,3%	29,4%	35,3%	0,0%			
	La mayor parte del tiempo	0,0%	50,0%	50,0%	0,0%			
	Nunca	69,5%	25,3%	4,2%	1,1%			
	Ocasionalmente	52,5%	32,5%	10,0%	5,0%			
	Rara vez	50,0%	43,4%	5,3%	1,3%			

	Extremada							
	mente	0,0%	100,0%	0,0%	0,0%			
	difícil							
	Ligeramen							
	te difícil	23,1%	53,8%	23,1%	0,0%			
	Moderada							
Autocontrol	mente	0,0%	87,5%	12,5%	0,0%			
de consumo	difícil							
ante la	Muy difícil	33,3%	33,3%	33,3%	0,0%			
disponibilida	Muy					60145	1	<0,001
d de bebidas	ligerament	55,9%	35,3%	5,9%	2,9%		8	
alcohólicas	e difícil							
en casa	Nada	62,4%	29,5%	6,4%	1,7%			
	difícil							
	No hubiera							
	sido capaz	0,0%	0,0%	100,0%	0,0%			
	de							
	resistirme							

*Nota.* Diferencias Entre los Síntomas de Ansiedad

### Diferencias y Similitudes en las Manifestaciones de Depresión en los Jóvenes

La presencia de síntomas de depresión, en comparación con las características sociodemográficas, reveló que no existen diferencias significativas según el nivel socioeconómico, la zona de residencia, la ocupación, la estructura familiar ni el nivel educativo alcanzado ( $p > 0.05$ ). Sin embargo, la prueba mostró diferencias significativas en relación con el

sexo, el estado civil, los antecedentes familiares y la pertenencia a un grupo minoritario o étnico ( $p < 0.05$ ).

**Tabla 6**

*Comparación de los Síntomas de Depresión con las Características Sociodemográficas*

Estrategias de afrontamiento	Categoría	Depresión Leve	Depresión moderada	Depresión nula ó mínima	Chi-cuadrado de Pearson	gl	p valor
Sexo	Femenino	36,1%	10,5%	53,4%	11,166	2	0,004
	Masculino	17,6%	18,5%	63,9%			
Nivel socioeconómico	Bajo	28,0%	13,8%	58,2%	2783	4	0,595
	Medio	28,6%	28,6%	42,9%			
	Alto	0,0%	0,0%	100,0%			
Zona donde vive	Rural	29,4%	12,4%	58,2%	1929	2	0,381
	Urbana	23,4%	18,8%	57,8%			
Estado civil	Casado	10,0%	30,0%	60,0%	17,056	8	0,030
	Divorciado o separado	42,9%	42,9%	14,3%			
	Soltero	29,2%	14,9%	55,9%			
	Unión libre	24,2%	6,5%	69,4%			
	Viudo(a)	100,0%	0,0%	0,0%			
Ocupación	Estudia	24,6%	18,5%	56,9%	4200	6	0,650
	Estudia trabaja	38,1%	11,9%	50,0%			
	Ninguna	24,3%	10,8%	64,9%			
	Trabaja	26,8%	13,4%	59,8%			
Con quien vive actualmente	Monoparental	24,4%	18,9%	56,7%	8458	10	0,584
	Monoparental extensa	0,0%	0,0%	100,0%			
	Biparental	28,0%	4,0%	68,0%			
	Biparental extensa	31,3%	12,0%	56,6%			
	Sin núcleo	21,1%	10,5%	68,4%			

	Unipersonal	36,4%	18,2%	45,5%			
Antecedentes familiares	Ansiedad	42,9%	33,3%	23,8%	35710	8	<0,001
	Depresión	40,0%	25,0%	35,0%			
	Ninguno	23,6%	5,6%	70,8%			
	No sabe	20,0%	14,1%	65,9%			
	Otra patología de salud mental	66,7%	0,0%	33,3%			
Mayor nivel educativo alcanzado	Básica primaria	19,7%	9,9%	70,4%	18780	12	0,094
	Básica secundaria	28,3%	16,2%	55,6%			
	Ninguno	50,0%	0,0%	50,0%			
	Posgrado	100,0%	0,0%	0,0%			
	Preescolar	33,3%	0,0%	66,7%			
	Técnico o tecnólogo	24,4%	22,2%	53,3%			
	Universitario	55,6%	5,6%	38,9%			
Pertenencia a grupo minoritario	Desplazado	33,6%	13,3%	53,1%	36091	10	<0,001
	LGTBIQ+	0,0%	100,0%	0,0%			
	Migrante	0,0%	100,0%	0,0%			
	Ninguno	13,5%	5,4%	81,1%			
	Persona con discapacidad	25,0%	0,0%	75,0%			
	Víctima del conflicto armado	24,5%	17,0%	58,5%			
Pertenencia étnica	Gitano	0,0%	100,0%	0,0%	23205	4	<0,001
	Ninguno	27,4%	12,2%	60,4%			
	Otro	44,4%	44,4%	11,1%			

*Nota.* Comparación de los Síntomas de Depresión

La relación entre la depresión y diversos factores de riesgo asociados a la salud mental muestra patrones similares a los observados en el caso de la ansiedad. Los antecedentes

personales de afectaciones a la salud mental emergen como un factor clave que diferencia significativamente la presencia de síntomas depresivos. De manera similar, la frecuencia del consumo de bebidas alcohólicas se asocia de forma consistente con el desarrollo de síntomas depresivos ( $p < 0.001$ ), destacando este hábito como un factor de riesgo relevante. Además, el nivel de autocontrol que los individuos demuestran frente al consumo de alcohol varía significativamente según la presencia de sintomatología depresiva, sugiriendo una interrelación compleja entre estos factores.

**Tabla 7**

*Diferencias Entre los Síntomas de Depresión de Acuerdo con Factores de Riesgo en Salud Mental*

Estrategias de afrontamiento	Categoría	Depresión Leve	Depresión moderada	Depresión nula ó mínima	Chi-cuadrado de Pearson	gl	p valor
Antecedentes personales	Ansiedad	28,6%	28,6%	42,9%	80535	8	<0,001
	Depresión	44,8%	24,1%	31,0%			
	Ninguno	23,6%	0,7%	75,7%			
	No sabe	23,7%	47,4%	28,9%			
	Otra patología de salud mental	66,7%	0,0%	33,3%			
Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas	A menudo	36,4%	54,5%	9,1%	43722	10	<0,001
	Algunas veces	17,6%	41,2%	41,2%			
	La mayor parte del tiempo	50,0%	50,0%	0,0%			
	Nunca	25,3%	3,2%	71,6%			
	Ocasionalmente	35,0%	15,0%	50,0%			
	Rara vez	27,6%	14,5%	57,9%			

Autocontrol de consumo	Extremadamente	100,0%	0,0%	0,0%	64390	12	<0,001
ante la disponibilidad de	difícil						
bebidas alcohólicas en	Ligeramente difícil	46,2%	30,8%	23,1%			
casa	Moderadamente	12,5%	75,0%	12,5%			
	difícil						
	Muy difícil	33,3%	33,3%	33,3%			
	Muy ligeramente	38,2%	2,9%	58,8%			
	difícil						
	Nada difícil	24,9%	9,8%	65,3%			
	No hubiera sido	0,0%	100,0%	0,0%			
	capaz de resistirme						

*Nota:* Diferencias entre los Síntomas de Depresión.

## Discusión

### Características Sociales y la Relación con la Salud Mental

Colombia ha experimentado a lo largo de los años un contexto de violencia que ha tenido un impacto desigual en diferentes regiones, dejando huellas profundas en algunas más que en otras (Programa de las Naciones Unidas, 2003). El departamento de Caldas, conocido por su dinamismo, instituciones académicas, la prosperidad del café y su rica cultura, ha sido también escenario de conflicto armado, especialmente en el municipio de Samaná, donde los habitantes han sido testigos de los embates de diversos grupos armados (Acero Vargas, 2016; Centro Nacional de Memoria Histórica, 2020; Gutiérrez, 2011).

La literatura sugiere que en contextos de violencia, se favorece el desarrollo de síntomas depresivos en aquellos que han vivido estas experiencias (Sebastián González-Montero, 2015). En el presente estudio, se evidencian diferencias significativas en los síntomas de depresión cuando existen antecedentes familiares de trastornos mentales, lo que resalta la relación entre las afectaciones familiares y los trastornos psicológicos de los jóvenes. Además, se ha encontrado que las huellas de la violencia y sus efectos en la salud mental perduran con el tiempo, mostrando sus secuelas muchos años después (López-López et al., 2016; Martínez Herrera, 2006).

La edad, particularmente en el período de transición entre la adolescencia y la adultez temprana, emerge como un factor crucial en la manifestación de la depresión y la ansiedad. Durante esta etapa, los individuos experimentan cambios emocionales, sociales y ambientales significativos que pueden influir en el desarrollo de estos trastornos. La comprensión de cómo estos factores interactúan con la edad puede ofrecer una visión más clara sobre los patrones de

aparición, la gravedad y la respuesta al tratamiento de la depresión y la ansiedad en esta población.

Otros factores sociodemográficos, como el género, el nivel socioeconómico, el estado civil y el entorno cultural, también juegan un papel importante en la manifestación y experiencia de la depresión y ansiedad. El análisis de estas variables proporciona una comprensión más completa y precisa del impacto de estos trastornos en la salud mental de los adultos jóvenes. Esta comprensión no solo mejora la identificación y el tratamiento de la depresión y la ansiedad en esta etapa crucial de la vida, sino que también puede informar políticas y programas de salud mental dirigidos a esta población específica.

La revisión teórica ha identificado factores clave que influyen en la variabilidad y prevalencia de la depresión, tales como la edad, el género, el nivel educativo, los ingresos y el estado civil. Estos elementos deben ser considerados en el análisis de los trastornos mentales. Estudios como el de Felmingham y Amirul (2022) destacan que la edad es una característica demográfica fundamental en la prevalencia de la depresión, observándose diferencias significativas en su prevalencia entre los distintos grupos de edad. Esta fuente también señala que la prevalencia de la depresión en mujeres varía según la edad.

Por otro lado, Zhao et al. (2020) reportan una diferencia significativa en la aparición de episodios depresivos entre géneros, siendo el riesgo considerablemente mayor en las mujeres en comparación con los hombres, con una disparidad que puede ser de dos a tres veces mayor. Además del género, el estado civil también ha sido identificado como un factor determinante en la prevalencia de la depresión, indicando que las personas casadas o en relaciones estables presentan un menor riesgo de desarrollar depresión en comparación con aquellas que están solteras, separadas o divorciadas.

Las características sociodemográficas asociadas con los trastornos de depresión y ansiedad en jóvenes de Caldas presentan variabilidad dependiendo de diversos factores. En el presente estudio, se evaluaron características como la edad, el género, el estado civil y el lugar de residencia para entender mejor su relación con estos trastornos. La edad sigue siendo un elemento central en el análisis de la prevalencia, manifestación y tratamiento de la depresión y la ansiedad.

A lo largo de la vida, las personas atraviesan cambios biopsicosociales significativos que impactan su salud mental. En los jóvenes, la transición hacia la adultez, la búsqueda de identidad y la adaptación a nuevos roles sociales pueden contribuir a la aparición de síntomas de ansiedad y depresión. En etapas posteriores de la vida, como la adultez y la vejez, factores como la salud física deteriorada, la pérdida de seres queridos, la jubilación y la soledad pueden desencadenar o agravar estos trastornos.

### **Depresión y Ansiedad en los Jóvenes de un Municipio con Antecedentes de Violencia por Conflicto Armado**

Es crucial abordar la problemática de la depresión y la ansiedad con una visión diferenciada, reconociendo las disparidades observadas en su prevalencia entre hombres y mujeres. Aunque generalmente las mujeres presentan tasas más altas de estos trastornos, los resultados de este estudio no revelaron diferencias significativas entre géneros, lo que respalda la visión comunitaria de la salud mental, que subraya la importancia de comprender las características particulares de cada grupo (Forero, 2020).

El miedo, como factor constante, tiene un impacto considerable en las personas que han sido expuestas a la violencia. En este estudio, el 11,2% de los participantes mostró síntomas moderados o severos de ansiedad y depresión, una cifra que, aunque no puede ser atribuida

directamente al conflicto armado, refleja un malestar psicológico notable en esta población joven (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2012; Barreto, 2017). Esta generación ha crecido en un entorno donde las historias de violencia han sido comunes, lo que ha marcado su salud mental y exige un enfoque adaptado para abordar estos trastornos (Jiménez, 2009).

En cuanto a los síntomas de ansiedad, se observó que varían según características sociodemográficas, antecedentes personales y comportamientos como el consumo de alcohol. Los individuos de niveles socioeconómicos bajos mostraron una mayor prevalencia de síntomas de ansiedad, tanto leves como moderados (34,9% y 9,5%, respectivamente), en contraste con los de niveles socioeconómicos altos, quienes no reportaron estos síntomas. Estos hallazgos refuerzan la idea de que las condiciones socioeconómicas influyen significativamente en la salud mental, lo cual está respaldado por investigaciones previas que destacan los efectos negativos de la desigualdad económica en el bienestar emocional (World Health Organization, 2021).

Además, los antecedentes familiares juegan un papel crucial en la aparición de trastornos de ansiedad. Aquellos con antecedentes familiares de ansiedad reportaron mayores niveles de síntomas, lo que sugiere una predisposición genética y ambiental en la transmisión de estos trastornos (Kendler et al., 2020). Asimismo, la relación entre el consumo de alcohol y la ansiedad es destacable. Las personas con consumo frecuente o dificultades para abstenerse presentan una mayor prevalencia de ansiedad moderada, lo que resalta la relación bidireccional entre el consumo de sustancias y los trastornos de ansiedad (Grant et al., 2015).

El entorno familiar y social también incide significativamente en la salud mental de los jóvenes. La calidad de las relaciones familiares y el apoyo social disponible son factores determinantes en el desarrollo de trastornos de ansiedad y depresión. Durante la transición hacia la independencia, las dinámicas familiares y sociales pueden influir profundamente en el

bienestar psicológico de los adultos jóvenes. Los conflictos familiares y la falta de apoyo emocional incrementan el riesgo de estos trastornos.

El estrato socioeconómico afecta no solo el acceso a recursos materiales, sino también las condiciones psicosociales en las que se desarrollan los individuos. Las personas en estratos bajos enfrentan mayores niveles de estrés y mayor vulnerabilidad a trastornos de salud mental, lo que resalta la necesidad de abordar estas desigualdades a través de políticas públicas enfocadas en mejorar la salud mental de las poblaciones más desfavorecidas.

El nivel educativo también tiene un impacto importante en la salud mental de los jóvenes. Aquellos con un nivel educativo más alto suelen tener mayores oportunidades laborales y un mejor acceso a recursos, lo que contribuye a mitigar el estrés y aumentar su resiliencia. En cambio, los que tienen menor nivel educativo enfrentan barreras adicionales, lo que incrementa su vulnerabilidad a trastornos de ansiedad y depresión.

El acceso a servicios de salud mental es un factor clave en el bienestar de los jóvenes. La afiliación al seguro social juega un papel determinante en la disponibilidad y calidad de los recursos de salud mental, lo que subraya la necesidad de enfoques que no patologicen las experiencias de los afectados, sino que reconozcan su capacidad de afrontamiento.

En el contexto de Caldas, varios territorios siguen siendo afectados por la presencia de grupos armados ilegales, como Samaná y Pensilvania, lo que intensifica la vulnerabilidad de la población a trastornos de salud mental. La exposición prolongada a la violencia y el desplazamiento forzado erosiona el tejido social, debilita los recursos comunitarios y aumenta la susceptibilidad a trastornos como la ansiedad y la depresión (Narváez y Castaño, 2020; Delgado, González y Carreño, 2023). La teoría del estrés social ofrece un marco para entender cómo las

condiciones de vida en estos entornos pueden exacerbar los efectos negativos en la salud mental de los jóvenes.

Finalmente, la pertenencia a grupos marginados, como comunidades indígenas o afrocolombianas, añade una capa de discriminación y exclusión social que intensifica los efectos negativos sobre la salud mental de estos jóvenes, como lo indica la teoría de la interseccionalidad. Las experiencias de discriminación y exclusión, junto con la exposición a la violencia, crean un entorno particularmente perjudicial para su bienestar psicológico.

En conclusión, el lugar de residencia en zonas afectadas por la violencia y el conflicto armado en Caldas tiene implicaciones profundas en la salud mental de los adultos jóvenes. Comprender cómo los factores contextuales, como la exposición a la violencia, la disponibilidad de recursos y las condiciones socioeconómicas, influyen en la salud mental de esta población es esencial para diseñar intervenciones efectivas y adaptadas a las necesidades específicas de estas comunidades.

### Referencias Bibliográficas

- Acero Vargas, Camilo. 2016. *Crisis Cafetera, Conflicto Armado y Cultivos Ilícitos En El Oriente Caldense: El Caso de Samaná*. Revista de Sociología y Antropología Virajes 18 (1): 47–85. <https://doi.org/10.17151/rasv.2016.18.1.4>.
- Aguilar, S., Torres, Y., Castaño, G., Sierra, M., Salas, C., & Bareño, J. (2019). *Estudio de Salud Mental*. Medellín: Universidad CES.
- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders text revision*. Washington, DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (2020). *¿Qué es la depresión? Obtenido de American Psychiatric Association*: [https://www.psychiatry.org/patients\\_families/depression/what-is-depression](https://www.psychiatry.org/patients_families/depression/what-is-depression)
- Ato, M., López, J. J., & Benavente, A. (2013). *Un sistema de clasificación de los diseños de investigación en psicología*. Anales de Psicología, 29(3), 1038-1059. <https://doi.org/10.6018/analesps.29.3.178511>
- Arrieta, K., Diaz, S., & González, F. (2014). *Revista Clínica de Medicina de Familia*, 7(1), 14-22. doi: <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2014000100003>.
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. 2012. *Acciones de Salud Mental En La Comunidad*. Madrid: Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN).
- Barreto, Sergio Alejandro. 2017. *Prevalencia de Síntomas Depresivos En El Post-Conflicto En Una Población de Caldas, 2017*.” Universidad Tecnológica de Pereira.
- Beck, A., & Mery, G. (1985). *Anxiety disorders and phobias: A cognitive perspective*. New York: Basic Books.

- Bernaras, E., Jaureguizar, J., & Garaigordobil, M. (2019). *Child and Adolescent Depression: A Review of Theories, Evaluation Instruments, Prevention Programs, and Treatments*. *Frontiers in Psychology*, 10(543).
- Betancur, L., Calvo, D., Cardona, C., & Castaño, J. (2019). *Carga Mental y Relación con la Calidad de Vida-Salud Mental, Personal de Enfermería de dos Hospitales de Caldas*. Universidad de Manizales.
- Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., Rojas, G., Borghero, F., Martínez, V., Zitko, P., Vöhringer, P. A., Cavada, G., & Rojas, G. (2018). *Tamizaje de episodio depresivo en adolescentes. Validación del instrumento PHQ-9*. *Revista médica de Chile*, 146(4), 479-486. <https://doi.org/10.4067/s0034-98872018000400479>
- Camargo, A., Castañeda, J., & Segura, D. (2020). *Sentido de vida, depresión y ansiedad en población rural de Cundinamarca, Colombia*. *Revista de Ciencias Sociales*, 26(4), 206-216.
- Campos, T., Konradt, C., Cardoso, T., & Avila, L. (2013). *Anxiety disorders in young people: A population-based study*. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 35(4), 347-352.
- Castañeda, C. (2023). *Informe anual Intento de Suicidio departamento de Caldas año 2022*. Manizales : Gobierno de Caldas.
- Centro Nacional de Memoria Histórica. 2020. Isaza, *El Clan Paramilitar. Las Autodefensas Campesinas Del Magdalena Medio*. 1st ed. Bogotá: CNMH.
- Clarke D. M., C. K. (2009). *Depression, anxiety and their relationship with chronic diseases: a review of the epidemiology, risk and treatment evidence*. *Med. J. Aust*, 190, 54-60.
- Corea, M. (2021). *La depresión y su impacto en la salud pública*. *Rev Méd Hondur*, 89(1), 61-68.

- Delgado, A., González, V., & Carreño, M. (2023). *Atención en salud mental en víctimas del conflicto armado: una reflexión crítica entre lo escrito y lo realizado*. *Psicoespacios*, 17(1).
- Felmingham, T., & Amirul, F. (2022). *Relationship between Sociodemographic Factors and Depression in Australian Population Aged 16–85 Years*. *Appl. Sci*, 12(24).
- Forero, Sandra. 2020. *Revisión de La Salud Mental Comunitaria; Un Acercamiento Biopsicosocial En Diferentes Comunidades Colombianas*. Universidad Nacional Abierta y a Distancia.
- Freud, S. (1959). *Inhibitions, symptoms, and anxiety*. W. W. Norton. doi: New York
- Galindo, O., Núñez, P., Millán, S. V., Rocha, E. B., Lerma, A., Sánchez, Y., & Álvarez, R. (2023). *Evidencia psicométrica del Cuestionario sobre la Salud del Paciente (PHQ-9) y Escala de Ansiedad Generalizada (GAD-7) en pacientes con asesoramiento genético en Oncología*. *Psicooncología: investigación y clínica biopsicosocial en oncología*, 20(2), 261-281.
- Garbarino, S., Lanteri, P., D. P., Magnavita, N., & Sannita, W. (2016). *Co-morbidity, mortality, quality of life and the healthcare/welfare/social costs of disordered sleep: a rapid review*. *Int. J. Environ. Res. Public Health* .
- García, V., Guzmán, Y., Martín, P., Porras, Y., & Torres, A. (2022). (2022). *La imagen y la narrativa como herramientas para el abordaje psicosocial en escenarios de violencia*. *Departamentos de Cundinamarca y Caldas*.
- Grant, B. F., et al. (2015). *Epidemiology of DSM-5 alcohol use disorder*. *JAMA Psychiatry*, 72(8), 757–766. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2015.0584>

- Gutiérrez, Martha Cecilia. 2011. *Plan Colombia: Una Mirada Desde La Paz*. Instituto Interuniversitario de Desarrollo Social y Paz.
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2014). *Metodología de la Investigación*. México D. F.: McGrawHill.
- Hernandez, A. M. O., Ochoa, A. S., Vasco, C. E. M., & Silva, J. B. (2016). *Prevalencia de depresión y sus factores asociados en adolescentes entre 13 y 17 años en Colombia año 2003 (Prevalence of depression and associated factors in adolescents between 13 and 17 years old in Colombia 2013)*. CES Salud Pública, 7(1), Article 1.  
[https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces\\_salud\\_publica/article/view/3282](https://revistas.ces.edu.co/index.php/ces_salud_publica/article/view/3282)
- Holmans, P., Weissman, M., Zubenko, G., Scheftner, W., Crowe, R., DePaulo, J. J., . . . Levinson, D. (2007). *Genetics of recurrent early-onset major depression (GenRED): Final genome scan report*. American Journal of Psychiatry, 164, 248-258.
- Huerta, E., & Tapia, E. (2015). *Trazadp de una ruta metodológica para investigar la cultura de trabajo docente en escuelas secundarias*. Estudios sobre las Culturas Contemporáneas. Época, 21(41), 41-66.
- Hugh, A. (2018). *Anxiety*. Springer Reference.
- Jiménez, William Alejandro. 2009. *Salud Mental En El Posconflicto Colombiano\**. Revista Criminología 51 (1): 179–92. <https://doi.org/10.13140/RG.2.1.1646.0406>.
- Kendler, K. S., et al. (2020). *The structure of genetic and environmental risk factors for common psychiatric and substance use disorders in men and women*. Psychological Medicine, 50(5), 761–770. <https://doi.org/10.1017/S0033291719000561>

- Kong, X., Wu, Y., Wang, X., Sun, Y., Chen, K., & Li, Q. (2023). *Analysis of the prevalence and influencing factors of anxiety and depression in the Chinese population: A cross-sectional survey*. *Heliyon*, 9(5).
- López-López, Wilson, Claudia Pérez, and Claudia Pineda-Marin. 2016. *Relación Entre El Perdón, La Reconciliación y La Salud Mental de Las Víctimas de La Violencia Socio-Política*. *Revista de Victimología / Journal of Victimology* 0 (3): 141–59.  
<https://doi.org/10.12827/RVJV.3.06>.
- Maddaleno, M. (1987). *Curso de multiplicadores en salud integral del adolescente*.
- McCloskey, L. A., & Lichter, E. L. (2003). *The Contribution of Marital Violence to Adolescent Aggression Across Different Relationships*. *Journal of Interpersonal Violence*, 18(4), 390-412. <https://doi.org/10.1177/0886260503251179>
- OPS- Kelloggs.
- Martínez Herrera, Luis Adolfo. 2006. *Violencia y Desplazamiento: Hacia Una Interpretación de Carácter Regional y Local. El Caso de Risaralda y Su Capital Pereira*. *Estudios Fronterizos* 7 (14): 81–112. <https://doi.org/10.21670/ref.2006.14.a04>.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2023). *Encuesta de Minsalud revela que el 66,3% de los colombianos declara haber enfrentado algún problema de salud mental*. Boletín de Prensa No 231 de 2023.
- Moreno Martín, Florentino. 2009. *Violencia y Salud Mental: Salud Mental y Violencias Institucional, Estructural, Social y Colectiva*. *Asociación Española de Neuropsiquiatría. Asociación Española de Neuropsiquiatría (AEN)*. <https://tinyurl.com/ywmcra7x>.
- Narváez, D., & Castaño, J. (2020). *Aproximación a una tipología de los territorios en conflicto: el caso del Oriente de Caldas, Colombia*. *Territorios* (42), 1-23.

- Nique, S., Forunis, G., Hage, W., Nabhan, N., & Gohier, B. (2014). *Transporteur de la sérotonine, troubles anxieux et dépression: revue de la littérature. Eur. Psychiatry*, 29, 544-545.
- Nuñez, K., Osorio, L., Quintero, D., & Xiquez, M. (2022). *Factores sociodemográficos y clínicos relacionados con depresión y ansiedad en pacientes que consultan al servicio de psiquiatría del hospital Universidad del Norte durante la pandemia por COVID-19 entre 2020-2021*. Universidad del Norte.
- Ocampo, V., & Maricela, L. (2022). *Derecho a la Locura. La salud mental un derecho de todos y todas en Colombia. Caso de estudio: municipio de Aránzazu-Caldas*. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales.
- Organización Mundial de la Salud. (31 de marzo de 2023). *Depresión*. Obtenido de OMS: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/depression>
- Ortíz, L., López, S., & Borges, G. (2007). *Desigualdad socioeconómica y salud mental: revisión de la literatura latinoamericana*. *Cad. Saúde Pública*, 23(6).
- Ospina, N., & Chávez, K. (2021). *Salud mental en Colombia: Un análisis de los efectos de la pandemia*. Bogotá D. C.: Departamento Administrativo Nacional de Estadística.
- Pariante, C. (2017). *Why are depressed patients inflamed? A reflection on 20 years of research on depression, glucocorticoid resistance and inflammation*. *Eur. Neuropsychopharmacol*, 27, 554-559.
- Pardo A., G., Sandoval, A., & Umbarila Z., D. (2004). *Adolescencia y Depresión*. 13, 13-28, 17-32. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80401303>

- Patel, V., Kenneth, J., Dhingra, M., & Tarver, L. (2018). *Income inequality and depression: a systematic review and meta-analysis of the association and a scoping review of mechanisms*. *World psychiatry: official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 17(1), 76-89.
- Piñeros, S., Moreno, J., Garzón, N., Urrego, Z., Samacá, D., & Eslava, J. (2021). *Consecuencias de los conflictos armados en la salud mental de niños y adolescentes: revisión de revisiones de la literatura*. *Biomédica*, 41(3).
- Programa De Las Naciones Unidas. 2003. *El Conflicto, Callejón Con Salida Informe Nacional. Informe Nacional de Desarrollo Humano Colombia - 2003*. Bogotá.  
<https://doi.org/10.1111/j.1467-9671.2012.01353.x>.
- Salami, T., & Walker, R. (2013). *Socioeconomic Status and Symptoms of Depression and Anxiety in African American College Students: The Mediating Role of Hopelessness*. *BMC Public Health*, 40(3).
- Sebastián González-Montero. 2015. *Sobre La Tristeza de Vivir Con Miedo a Cuestas: Memoria, Violencia y Porvenir*. *Palabra Clave* 18 (2): 418–51.  
<https://doi.org/10.5294/pacla.2015.18.2.5>.
- Shahbazii, F., Shahbazi, M., & Poorolajal, J. (2022). *Association between socioeconomic inequality and the global prevalence of anxiety and depressive disorders: an ecological study*. *Gen Psychiatr*, 35(3).
- Silva, M., Loureiro, A., & Graca. (2016). *Social determinants of mental health: a review of the evidence*. *The European Journal of Psychiatry*, 30(4).
- Sullivan, H. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: W. W. Norton.

World Health Organization. (2021). *World mental health report: Transforming mental health for all*. Retrieved from <https://www.who.int/publications/i/item/9789240036734>

Zhao, L., Han, G., Zhao, Y., Jin, Y., Ge, T., Yang, W., . . . Bingjin, a. (2020). *Gender Differences in Depression: Evidence From Genetics*. *Frontiers in Genetics*, 11.