

# Proyecto Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2013

Convenio de asociación 678 de 2012  
Ministerio de Salud y Protección Social  
Universidad CES



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

# Planteamiento y justificación



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



# “No hay salud sin salud mental”

Tema Día Mundial de la Salud Mental, 2004.

La Salud Mental es la base para el bienestar y el funcionamiento efectivo del individuo y la comunidad.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



La Salud Mental, se define como un estado dinámico que se expresa en la vida cotidiana a través del comportamiento y la interacción de manera tal que permite a los sujetos individuales **y colectivos desplegar sus recursos emocionales, cognitivos y mentales para transitar por la vida cotidiana, establecer relaciones significativas y contribuir a la comunidad.**

**Ley Salud Mental Colombia 2013**  
**Artículo 3**



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

*Para la Republica de Colombia, la Salud Mental es de interés y prioridad nacional, es un derecho fundamental, es tema prioritario de salud pública, es un bien de interés público y es componente esencial del bienestar general y del mejoramiento de la calidad de vida de los colombianos y las colombianas.*

## **Ley Salud Mental Colombia 2013**

### **Artículo 3**



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*El Estado a través de Sistema General de Seguridad Social en Salud, garantizará a la población colombiana, **priorizando a los niños, las niñas y los adolescentes** la promoción de la salud mental y la prevención del trastorno mental, **atención integral e integrada que incluya diagnóstico, tratamiento y rehabilitación en salud para todos los trastornos mentales.***

**Ley Salud Mental Colombia 2013**

**Artículo 4**



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*“De igual forma se establecen los criterios de política para la reformulación, implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental, con base en los enfoques de derechos, territorial y poblacional por etapas del ciclo vital”*

**Según la Ley Salud Mental Colombia 2013  
Artículo 1 – párrafo 2**

# MAGNITUD DEL PROBLEMA



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



*Varios factores -conceptuales, políticos y epidemiológicos- ponen de relieve la importancia de la investigación sobre la salud mental, como base para la formulación y ejecución de políticas sobre salud y bienestar social.*

*Los trastornos mentales tienen una alta prevalencia en todo el mundo y contribuyen de manera importante a la morbilidad, la discapacidad y la mortalidad prematura.*

*OPS. Estrategia y plan de Acción*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

*Los trastornos mentales constituyen uno de los mayores problemas de salud en todo el mundo, representan un reto tanto en términos de políticas de salud como en la planificación de servicios, solo en el continente americano se estima que **400 millones** de personas sufren actualmente de trastornos psiquiátricos y neurológicos.<sup>(1)</sup>*

*Este tipo de padecimientos son la causa de muchos sufrimientos y discapacidades, representan el **28%** del total de la discapacidad causada por enfermedades, y son responsables del **11,5%** de la carga global de las enfermedades.<sup>(1)</sup>*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

*El Banco Mundial ha estimado que los trastornos mentales son responsables del 8.0% de los años de vida saludable perdidos, proporción mayor que la atribuida al cáncer (5,2%) o a la enfermedades cardiovasculares (2,6%).<sup>(2)</sup>*

(1) Organización Mundial de la Salud Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas.

(2) Mental health systems in selected low- and middle-income countries: a WHO-AIMS crossnational analysis. World Health Organization 2009



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

***En Colombia, los estudios epidemiológicos revelan una alta prevalencia de alteraciones de salud mental en la población general y un aumento progresivo en su incidencia como resultado de múltiples factores relacionados con la transición epidemiológica y demográfica, que repercute en la composición de los principales indicadores de salud de los colombianos.***

***En el 2003 según los resultados del Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, mas del 40.0% de las personas sufre o ha sufrido de uno o más trastornos mentales y de cada cien casi 18 presentan cualquiera de los trastornos estudiados el año anterior.***

*Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2003*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*Dichos problemas relacionados con el comportamiento y la salud mental de los individuos y las comunidades (3), se configuran como un reto para la salud pública por su magnitud, por los costos que implican y por su impacto en los individuos, las familias, las comunidades y la sociedad, en términos de un sufrimiento que va más allá de las cifras y de la discapacidad que generan.*

*(3) Informe Estudio Nacional de Salud Mental Colombia 2013*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*Es sí como El MSPS se anticipó al priorizar la actualización del Estudio Nacional de Salud Mental 2013, y así contar con el diagnóstico actualizado para cumplir con lo estipulado en la Ley 1616, en especial, dar las bases para la reformulación implementación y evaluación de la Política Pública Nacional de Salud Mental y la orientación de las intervenciones en este importante campo del bienestar de su población.*

# OBJETIVOS



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



# Objetivo General

El objetivo del Estudio es llevar a cabo el diagnóstico de Salud Mental Colombia 2013, en la población residente en el área rural y urbana, de 7 a 69 años, según departamento, con el fin de dar las bases a los planificadores y a los gestores de políticas de salud mental para cumplir con los delineamientos de la Ley 1616 del 2013.



# Objetivos Específicos

- 1. Estimar la prevalencia de vida y anual de los trastornos mentales (TM) diagnosticados mediante la aplicación del **DISC** en la población de **7 a 14 años**, según el lugar de residencia y variables sociodemográficas.*
- 2. Estimar la prevalencia de vida, la prevalencia anual y la prevalencia actual (últimos 30 días), de los TM diagnosticados mediante la aplicación del **CIDI-CAPI** en la población de 15 a 69 años, según el lugar de residencia y variables sociodemográficas.*



# Objetivos Específicos

3. *Describir el comportamiento de los patrones de edad de aparición para los TM en la población de 15 a 69 años y aportar al conocimiento de la historia natural de los trastornos mentales.*

4. *Analizar los patrones de consumo, la edad de inicio y los trastornos mentales relacionados con el uso de sustancias psicoactivas, según las variables de lugar y de persona y su asociación y con otros trastornos mentales.*



# Objetivos Específicos

*5. Determinar los cambios presentados en el comportamiento de indicadores de prevalencia de los TM diagnosticados, en la población de 18 a 65 años en el periodo comprendido entre el Estudio de Salud Mental de Colombia 2003 y el estudio 2013.*

*6. Describir el comportamiento los indicadores de salud mental, según las características sociodemográficas y lugar de residencia (departamento, DC y nivel de urbanización)*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

# Objetivos Específicos

*7. Analizar el comportamiento de la ideación, la planeación y el intento de suicidio en el grupo de 15 a 69 años, según variables de lugar y persona.*

*8. Evaluar el comportamiento de los indicadores de prevalencia de los trastornos mentales y la utilización de servicios de salud, según afiliación a la seguridad social en salud y la situación laboral.*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



# Objetivos Específicos

*9. Evaluar las diferencias en los resultados de los indicadores positivos de salud mental del estudio 2013, según el lugar de residencia y algunas variables sociodemográficas.*

*10. Describir el comportamiento de los indicadores de trastornos mentales en las víctimas de desplazamiento forzado, según lugar de residencia y algunas variables sociodemográficas.*

# Estado del Arte con énfasis en la Metodología



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*Se debe anotar que en la revisión del Estado del Arte se prioriza la metodología aplicada en los estudios Poblacionales de Salud Mental.*

En cualquier campo de la salud se debe partir de un punto fundamental y es la adecuada aplicación de criterios para la **definición de «caso»**.

**Por lo anterior tanto se desarrolla el proceso, que en el ámbito internacional se ha llevado a cabo para el desarrollo y revisión de los criterios diagnósticos utilizados universalmente por la OMS y la APA .**



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



# DESARROLLO DE LAS CLASIFICACIONES INTERNACIONALES

*El DSM, Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría, en su primera versión (DSM-I), al igual que la CIE Clasificación Internacional de Enfermedades de la OMS, surgieron de la necesidad de contar con una clasificación de TM consensuada, debido al escaso acuerdo respecto a qué contenidos debería incluir y al método de confirmación por parte de los psiquiatras y psicólogos.*



## Desarrollo del DSM

El **DSM** se elaboró a partir de datos empíricos y con una metodología descriptiva, con el objetivo de mejorar la comunicación entre clínicos de variadas orientaciones, y de clínicos en general con investigadores diversos.

*Por su parte, el grupo de especialistas en salud mental norteamericanos que atendió a los veteranos de la Segunda Guerra Mundial, preparó en forma paralela una nomenclatura más amplia, que permitió incluir la patología, presentada por los enfermos de la Segunda Guerra Mundial.*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

## El DSM y la CIE

*Por primera vez, la **CIE** de la OMS en su sexta edición, **incluyó un apartado sobre trastornos mentales.***

*Relacionando la **CIE y el DSM**, en 1.952 surgió la primera edición DSM-I, como una variante de la CIE-6. Pero debido a los desacuerdos que siguieron presentándose, se fueron generando nuevas versiones de cada uno.*

*Actualmente, mediante una serie de reuniones de representantes de los dos se ha logrado un alto grado de acercamiento.*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



## GENERACIÓN Y VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS

*En forma complementaria y buscando cumplir con la necesidad de contar con la **precisión y la validez** para los diagnósticos, se inició el desarrollo de instrumentos para sistematizar y refinar los diagnósticos, tales como las entrevistas diagnósticas semi-estructuradas y las escalas diagnósticas como el PSE (Wing et al., 1974) y el SADS (Endicott y Spitzer, 1978), desarrollados para investigación clínica con pacientes y para ser utilizados por clínicos entrenados, **los cuales fueron adaptados para investigación epidemiológica.***



*El instrumento más altamente relacionado con el DSM-III fue el Diagnostic Interview Schedule o DIS, diseñado para ser administrado por entrevistadores legos por Robins et al. En 1981*

*El uso de las entrevistas semi-estructuradas como el DIS, **incrementó la confiabilidad**, cuando era impráctica o imposible la **administración por psiquiatras**, haciendo posible la aplicación en muestras poblacionales para la estimación de la prevalencia actual o de vida para los trastornos psiquiátricos.*



# *Antecedentes y estado de la Epidemiología Psiquiátrica*

*El artículo de Bruce Dohend titulado **The problem of validity in the field studies of psychological disorders**, y otros artículos de las mismas autoras y otros colegas propusieron el término **“estudios de primera generación”** para los estudios realizados antes de la II Guerra Mundial y **“estudios de segunda generación”** para los estudios llevados a cabo en la posguerra.*



## *Estudios de Tercera Generación*

Según Benjamín Vicente (6), en las dos últimas décadas, la aparición del DSM y la CIE , **han permitido una respuesta satisfactoria al problema de los criterios diagnósticos.**

*Entrevistas altamente estructuradas y eficientes como el Diagnostic Interview Schedule (DIS) y el “Composite International Diagnostic Interview (CIDI), han permitido la evaluación de grandes muestras con una confiabilidad comparable con el diagnóstico clínico, y los sorprendentes avances de la estadística e informática, han permitido que estos estudios sean posibles (10)*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*  
Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

## CIDI-OMS

*Se pueden plantear como estudios de “cuarta generación” los que han aplicado el CIDI-OMS, basado en el DIS y desarrollado por la OMS y otros grupos, el cual ha sido seleccionado para ser usado a gran escala en **estudios transculturales de epidemiología psiquiátrica** a lo largo del mundo, siendo el **instrumento oficial que se aplica en el Estudio Mundial de Salud Mental de la OMS.***

*Aplicado por entrevistadores no clínicos (legos), lo que lo hace más costo-efectivo como herramienta para los estudios a gran escala.*

# Metodología: TIPO DE ESTUDIO INSTRUMENTOS



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



# Tipo de estudio

*El estudio SM Colombia 2013 se basa en un diseño probabilístico, multietápico cuya población objetivo es la población general no institucionalizada, que tiene hogar fijo, de 7 a 14 y de 15 a 69 años seleccionados al azar, residentes en el área urbana y rural de Colombia en Bogotá D.C. y el total de cada uno de los departamentos.*



# Selección de la metodología

*Para cumplir con la comparación de los hallazgos del Estudio sobre Salud Mental Colombia 2003 y reconociendo la importancia de continuar haciendo parte del **ESTUDIO MUNDIAL DE SALUD MENTAL**, es necesario aplicar el **CIDI-CAPI**, junto con los criterios compartidos por el Consorcio Mundial de **EPIDEMIOLOGÍA PSIQUIATRICA HARVARD-OMS**.*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*Metodológicamente se define como un **ESTUDIO POBLACIONAL DE PREVALENCIA**, que permite estimar como principales indicadores de resultado, la prevalencia para los trastornos mentales estudiados.*

*En forma individual y como grupos de trastornos, mediante la aplicación del **CIDI-CAPI**, según los criterios del DSM-IV y modificaciones al DSM-V.*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

*Para los trastornos mentales en forma individual y como grupos, se obtendrá la estimación de las proporciones de:*

- **Prevalencia de vida**
- **Prevalencia para los últimos 12 meses y**
- **Prevalencia reciente, últimos 30 días**

*Además otros importantes resultados sobre :*

- Edad de inicio de los trastornos
- Atención en salud
- Farmaco-epidemiología
- Factores asociados
- Otras escalas



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



El estudio para la **población de 15 a 69** años, tendrá como base la metodología aplicada en el Estudio Mundial de Salud Mental, iniciativa internacional liderada por la Organización Mundial de la Salud (OMS) llamada Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH-CIDI).

*Iniciativa que busca evaluar el estado de los trastornos mentales y las patologías sociales en países con diferentes grados de desarrollo, así como determinar las necesidades en materia de atención en salud y orientar las diferentes políticas de salud.*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*El proyecto, se está llevando a cabo en 29 países alrededor del mundo y tiene como propósito generar información actualizada, válida y confiable a través de metodologías que permiten la comparación transcultural de los resultados, para ello utiliza el instrumento diagnóstico **CIDI-OMS**, que ha sido validado mediante diversas pruebas, incluyendo un cuidadoso examen de su traducción y adaptación al español, lo anterior complementado con los estudios aplicados en varios países para su validez.*



## *Control de errores y sesgos para lograr un estudio confiable que logre disminuir la incertidumbre*

### **Selección de muestra de población no sesgada**

Que la información recolectada sea confiable

### **Instrumentos estandarizado de calidad probada y validados**

#### **Encuestadores**

Bien entrenados en el manejo del instrumento

Hábiles para hacer entrevistas

### **Control de Calidad**

Seguimiento en proceso de recolección

Análisis de la calidad del dato

# INSTRUMENTOS



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



**Para niños de 7 a 14 años se aplicará el  
Universidad de Columbia**

**DISC**

**Para la población de 15 a 69 años se  
utilizará el manejo por el  
Consortio Epidemiología Psiquiátrica  
Harvard-OMS**

**CIDI-CAPI**



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



# Antecedentes Instrumento DISC

Es una entrevista altamente estructurada diseñada para realizar diagnósticos de acuerdo con los criterios DSM-IV. Se ha utilizado tanto en investigación clínica como en epidemiológica.

Desarrollado por la Universidad de Columbia  
Departamento de Psiquiatría de niños y adolescentes. Año 1984

*Puede ser administrado por entrevistadores legos*



**MinSalud**  
Ministerio de Salud  
y Protección Social



# Instrumento DISC

Las preguntas se responden en forma dicotómica (si/no; verdadero/falso)

También existen preguntas sobre la edad de comienzo del problema, en las que se especifica la frecuencia, la duración y la intensidad del problema referidas al último año.

**Se obtienen puntuaciones comparativas para cada trastorno y un índice global de la psicopatología del niño.**



# Antecedentes Instrumento CIDI

## Epidemiología Psiquiátrica

**Entrevista Internacional Diagnóstica Compuesta (CIDI) fue elaborada por la Organización Mundial de la Salud (OMS)**

- Por un grupo internacional de investigadores y estuvo disponible por primera vez en 1990.
- Es el instrumento diagnóstico más conocido y utilizado en investigación.

***Puede ser administrado por entrevistadores legos, sin entrenamiento clínico.***

***Proporciona diagnósticos confiables.***



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*Se elaboró a fin de contar con una herramienta en investigación que pudiera utilizarse en estudios epidemiológicos transnacionales y a gran escala.*

Se ha utilizado en el desarrollado diferentes encuestas epidemiológicas en países tan diversos como Alemania, Brasil, Canadá, Chile, Estados Unidos, Holanda, México, Colombia, Turquía.

*CIDI ha pasado por varias revisiones a fin de corregir errores y también para mejorar su sensibilidad cultural y comparabilidad.*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

# CIDI- CAPI

- ✓ Entrevista estructurada
- ✓ Instalada en computadora
- ✓ Aplicada cara a cara por entrevistadores legos
- ✓ Proporciona diagnósticos: alguna vez en la vida, últimos doce meses y treinta días según los criterios del DSM-IV y de la CIE-10
- ✓ Otros módulos investigan:  
Características sociodemográficas, empleo, finanzas, matrimonio, redes sociales, carga familiar, farmacología, epidemiología, discapacidad y uso de servicios.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



# OBJETIVOS DEL CIDI

- Medir la prevalencia de trastornos psiquiátricos.
- Medir la severidad de trastornos.
- Determinar la carga y discapacidad asociada con estos trastornos.
- Evaluar el uso de servicios y barreras para su utilización.
- Evaluar el uso de medicamentos para tratar estos trastornos.

# Trastornos que evalúa

- **Depresión**
  - Episodio depresivo mayor
  - Distimia
  - T. Bipolar
- **Ansiedad**
  - Ansiedad generalizada
  - Trastorno de angustia (pánico)
  - Fobia social
  - Fobia específica
  - Agorafobia
- **Infancia/adolescencia**
  - Ansiedad de separación
  - Trastorno negativista desafiante
  - Trastorno de conducta
  - Trastorno de atención
- **T. Sustancias** (abuso y dependencia)
  - Tabaco
  - Alcohol
  - Otras Drogas
- Psicosis
- Síndrome de tensión premenstrual
- **Trastornos de la alimentación**
- Trastorno de estrés postraumático

## Cada trastorno incluye escalas que evalúan:

- **Edad de inicio (y de la última vez)**
- **Frecuencia, intensidad y duración**
- **Dificultad en vida diaria**
- **Grado de severidad**
- **Utilización de servicios**
- **Tratamiento**
- **Antecedentes familiares**

**Trastorno**



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

# Preparación de la comunidad

Dada la importancia de esta etapa para lograr comunicar los objetivos y la finalidad de la investigación, **como medio para motivar la aceptación y participación de las personas seleccionadas** en la muestra, se utilizará como parte de la estrategia una serie de reuniones de coordinación interinstitucional, con los equipos de las Secretarías de Salud y el equipo de investigadores que dirige la investigación, con la presencia y apoyo de representantes del Grupo de la Dirección de Salud Pública – Salud Mental y Drogas del MSPS para proponer el plan de acercamiento y preparación de la comunidad para la etapa de recolección mediante los medios de difusión seleccionados.

# Metodología: POBLACIÓN Y MUESTRA



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



# Población

*La población de estudio estará constituida por la población civil, no institucionalizada, e incluirá el grupo de niños (7 a 14 años), y el grupo de 15 hasta los 69 años, residentes en el área urbana y rural de Bogotá como D.C. y los departamentos de Colombia. según las últimas proyecciones para el año 2013 son 38.941.235.*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

# Muestra

*Se optó por un diseño de muestra probabilística, estratificada, multietápica.*

## Probabilística

*Cada unidad del universo de estudio tiene una probabilidad de selección conocida y superior a cero.*



## Estratificada

*La estratificación contribuye a una mejor precisión en la muestra, al disminuir la varianza de las estimaciones, según la teoría de muestreo. Una estratificación es más eficiente cuanto más homogéneas sean las unidades a la que se aplica. En nuestro caso, se manejarán 33 estratos (Bogotá DC y 32 departamentos) en estos últimos se llevará a cabo la selección de los municipios en términos de tamaño de la población (capital de departamento, municipio intermedio, municipio pequeño y parte del área rural no dispersa del departamento).*



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



Según la propuesta lo anterior se complementará de manera que el nuevo Estudio logre además de la actualización de los indicadores obtenidos en el Estudio del 2003, el conocimiento de la situación de salud mental en población rural, y el diagnóstico de la situación de salud mental del grupo de 7 a 14 años.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



## ***Multietápica***

*En la terminología de muestreo los municipios serán un las UPM, las manzanas las Unidades Secundarias de Muestreo (USM), las viviendas las unidades terciarias de muestreo, en la cual si existe más de un hogar se seleccionará el hogar al azar y la personas las unidades finales de muestreo (UFM), por lo cual se considera como un muestreo multietápico*

# Tamaño de la Muestra

Se utilizo la formula adaptada para muestreo por conglomerados:

$$n = \frac{Np(1 - p)(Deff)}{N(Esrel * p)^2 + (p(1 - p)(Deff))}$$

**Donde:**

***N*** : Tamaño del universo

***p***: Proporción esperada del indicador de estudio

***Esrel***: Es el error estándar deseado. Define la precisión deseada del estudio.

***Deff***: Es el efecto del diseño de la aglomeración de la muestra dado que el diseño presentado es por etapas y se debe recoger la varianza de todas las etapas.

# Propuesta para la muestra

$$n = \frac{Np(1-p)(Deff)}{N(Esrel * p)^2 + (p(1-p)(Deff))}$$

	Poblacion 15 - 69 Depresion VIDA		Poblacion 7 - 14 1 ó + TNOS VIDA		Total	<b>Total Pais</b>
<b>p</b>	12,1%		23,1%			
<b>1-p</b>	87,9%		76,9%			
<b>Deff</b>	1,5		1,5		1,5	
<b>Esrel</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>	<b>n</b>		
<b>10%</b>	1.089	499		1.588		52.404
<b>12%</b>	757	346		1.103		36.399
<b>15%</b>	484	222		706		23.298
<b>20%</b>	272	125		397		13.101
<b>25%</b>	174	80		254		8.390



# Muestra

Población de referencia Bogotá D.C.  
**(7 – 14 años) 971.002**

Error relativo estándar 15%

Efecto del diseño 1,5

Prevalencia 23,1%\*\*

**Muestra 222 personas**

\*\* Prevalencia de vida esperada para cualquier trastorno en la vida  
Estudio de salud Mental del Adolescente Colombia, 2003

Población de referencia Bogotá D.C.  
**(15 - 69 años) 5.535.687**

Error relativo estándar 15%

Efecto del diseño 1,5

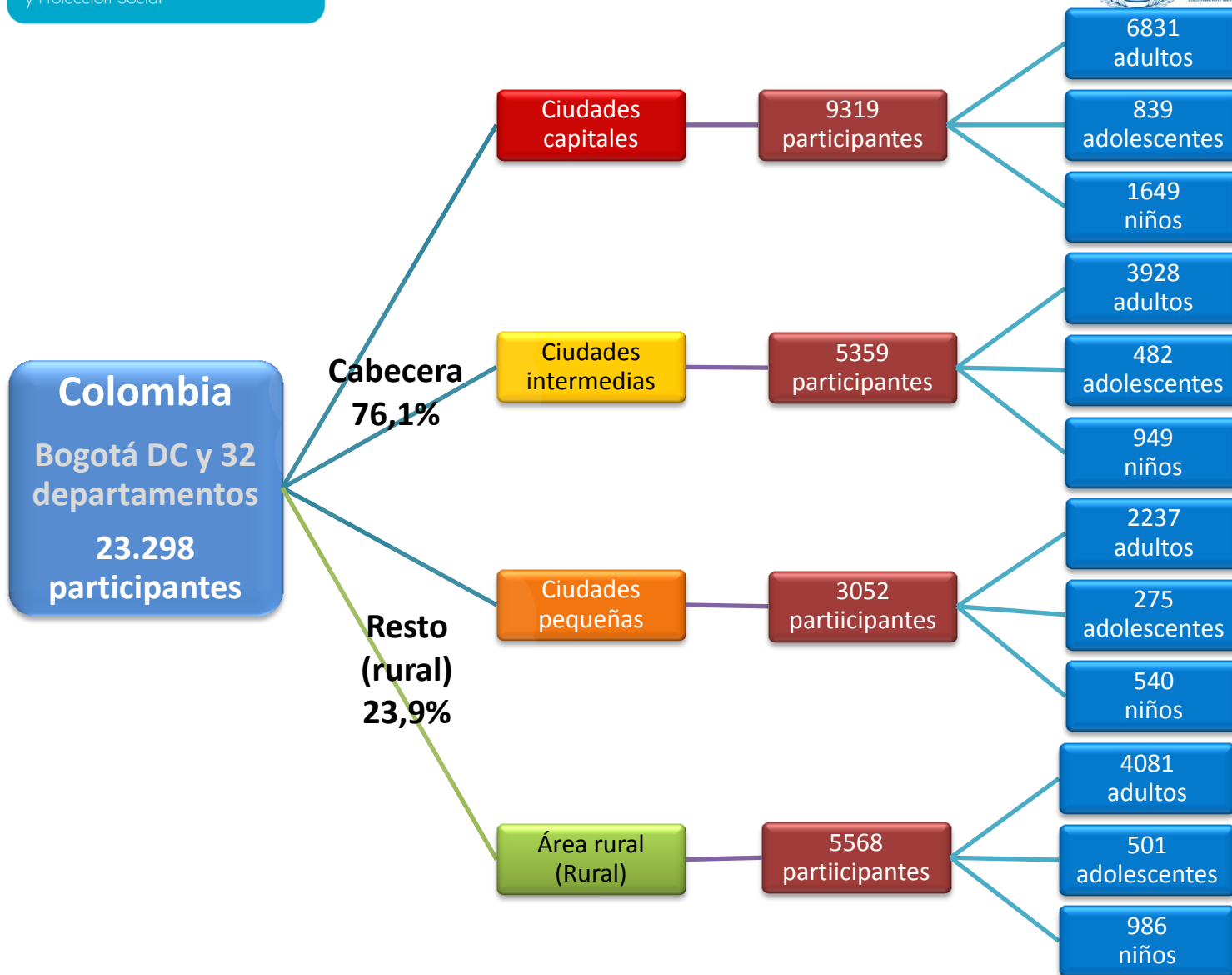
Prevalencia 12,1%\*\*

**Muestra 484 personas**

\*\* Prevalencia de vida esperada para depresión mayor  
Estudio de salud Mental - Colombia, 2003

**706 personas por departamento**

**Muestra 23.298**





<b>Cabecera municipal</b>	Corresponde al área más densamente poblada del municipio y lugar donde funciona la sede de la Alcaldía Municipal. Su área geográfica está definida por un perímetro urbano, cuyos límites se establecen por “acuerdos” del Concejo Municipal.
<b>Resto del municipio</b>	Corresponde al área que está por fuera del perímetro urbano de la cabecera municipal. Puede estar constituido por centros poblados y población dispersa.
<b>Centro poblado</b>	Son concentraciones de edificaciones conformadas por 20 o más viviendas contiguas o adosadas entre sí. Corresponde a los caseríos, inspecciones de policía y corregimientos pertenecientes al área rural del municipio.
<b>Cartografía</b>	Hace referencia al levantamiento y/o actualización de planos o mapas que muestran las características físico - geográficas de un área territorial. Se utiliza como elemento de ubicación en el terreno bajo un ordenamiento sencillo y adecuado que permite delimitar claramente los segmentos a trabajar tanto en las áreas urbanas como en las rurales.



## Distribución proporcional de la muestra según edad y nivel de urbanización

Grupos de edad	Población 2013	Proporción	Ciudaddees Capitales	Ciudades Intermedias	Ciudades Pequeñas	Área Rural	Total
<b>07 - 14</b>	6.885.618	17,7%	1.649	949	540	986	4.124
<b>15 - 18</b>	3.513.117	9,0%	839	482	275	501	2.097
<b>19 - 69</b>	28.542.500	73,3%	6.831	3.928	2.237	4.081	17.077
<b>Total</b>	<b>38.941.235</b>	<b>100,0%</b>	<b>9.319</b>	<b>5.359</b>	<b>3.052</b>	<b>5.568</b>	<b>23.298</b>
			<b>40,0%</b>	<b>23,0%</b>	<b>13,1%</b>	<b>23,9%</b>	<b>100,0%</b>

Proyecciones DANE 2013





## Distribución de la muestra según edad

Grupos de edad	Población 2013	Muestra
Niños 7 - 14 años	6.885.618	4.124
Adolescentes 15 - 18 años	3.513.117	2.097
Adultos 19 - 29 años	8.919.510	5.343
Adultos 30 - 44 años	9.373.870	5.606
Adultos 45 - 69 años	10.249.120	6.128
<b>Total</b>	<b>38.941.235</b>	<b>23.298</b>

Proyecciones DANE 2013



# Metodología: RECOLECCIÓN Y PROCESAMIENTO



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

# Etapa de recolección

- Se trabajará en tres etapas:
  - 11 departamentos (Etapa 1)
  - 10 departamentos y Bogotá DC (Etapa 2)
  - 11 departamentos (Etapa 3)

**Coordinadores departamentales:** 1 Epidemiólogo/Depto.

**Sensibilizadores:** 4 por departamento

**Entrevistadores:** Legos y capacitados (12 por departamento) (Hombres y mujeres), preferiblemente profesionales del área psicosocial.

**Supervisores:** 1 por departamento



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

## Selección y capacitación

A partir de la selección de los posibles entrevistadores de inicia un curso de una semana, impartido por personal certificado, según normas del Estudio Mundial.

Para la etapa de recolección se aplican una serie de manuales preestablecidos de obligatorio cumplimiento.

## Programas de control de calidad

Existen dos programas de chequeo para la monitorización de los entrevistadores. Programa que proporciona estadísticas sobre los tiempos de la entrevista. se obtienen 3 tablas y dos gráficos:

Tabla 1 : descriptiva de los tiempos de la entrevista para todos los individuos de la muestra y estratificando por tipo de itinerario (Interview track: High risk, low risk long itinerary (25%), low risk short itinerary (75%)). Proporcionan los descriptivos de los tiempos de la sección de tamización (en segundos). Se proporciona la media (SE), mediana, percentil 5 y el percentil 10



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

En esta tabla se listan los SAMPLEID de las entrevistas con un tiempo total inferior al percentil 10 de las entrevistas correspondientes al mismo itinerario (TRACK).

**Estas son entrevistas extremadamente cortas que deberían ser seleccionadas para las re-entrevistas telefónicas de control que se deben realizar a un 10% de las entrevistas completadas.**

Se pretende detectar si hay algún entrevistador con entrevistas más cortas de lo esperado de acuerdo con el itinerario seguido.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

## SPAIN-INTVWCHK.SAS

Este programa fue creado por Robert y requiere el uso de los archivos ADK, a partir de los cuales se obtiene la fecha y hora de las entrevistas.

revisa los trastornos con puntaje positivo. Se obtienen **dos** tablas:

### \* **TABLA 1.**

Dónde para cada entrevistador, se proporciona la siguiente información:

El total de entrevistas realizadas,

El % de entrevistas con 0 diagnósticos con tamizaje positivo,

El % con 1 trastorno con tamizaje positivo,

El % con 2 trastornos con tamizaje positivo,

El % con 3 trastornos o más con tamizajes positivo.

**Pretende detectar si hay algún entrevistador con un porcentaje más elevado de lo normal de entrevistas con pocos tamizajes positivos.**



# Procesamiento de la información

- A partir de los controles de calidad de la base de datos, incluyendo los exigidos por el Estudio Mundial. Para el procesamiento se utilizaran
- Programa SAS Versión 9.0
- SPSS Versión 20.0
- ArcGIS Versión 10.0
- Al aplicar los algoritmos programados se obtendrán los diagnósticos, sobre los trastornos mentales.

# PRUEBA PILOTO



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



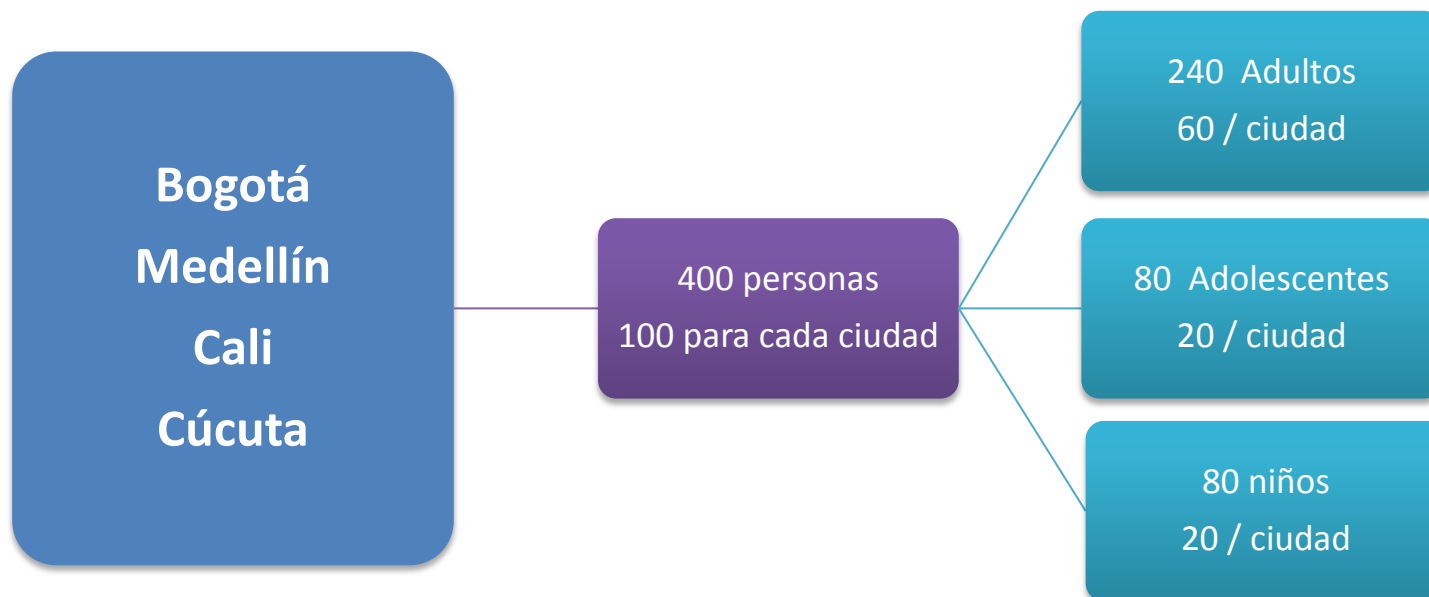
# Características

**Lugar:** Por instrucciones del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS) las ciudades seleccionadas para llevar a cabo la prueba piloto fueron Cali, Medellín, Bogotá y Cúcuta.

**Tamaño:** Se asumió una muestra de 100 personas por cada ciudad, según requerimientos de la misma institución.

**Población:** La población a encuestar en cada ciudad estuvo constituida por la población civil, no institucionalizada, e incluyó el grupo de 7 a 14 años, 15 a 18 años y el grupo de adultos de 19 hasta a los 65 años.

## Distribución de las unidades finales de muestreo





# RESULTADOS GENERALES DE LA PRUEBA PILOTO

## Consentimiento informado

Para la realización de esta prueba piloto se utilizaron dos tipos de consentimiento informado, uno para población general mayor de 18 años y otro para los menores de edad, el cual debió ser aplicado por el representante legal.

En términos generales no se presentó ningún inconveniente con el consentimiento informado, en algunos casos se presenta una lectura rápida del mismo y poco cuidado y en otros la necesidad de querer corroborar la información allí especificada, por lo que se hace importante dar **diferentes numero de contacto que puedan comprobar la veracidad de la información que este contiene.**



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



## Disponibilidad, reacciones de las personas, sugerencias sobre métodos de acercamiento

Para todas las ciudades el acercamiento en los estratos socioeconómicos **altos** fue el más difícil debido principalmente a que un su mayoría corresponden a unidades residenciales cerradas y al poco tiempo que viven están personas en la vivienda, se sugiere la comunicación directa con los administradores de estas unidades y el envío de comunicados previos con buen tiempo para lograr el acercamiento con estas personas, para los demás estratos se recomienda llegar a las zonas a través de organización comunitarias o Juntas de Acción Comunal y el **apoyo de los líderes comunitarios**, esto facilita el acceso y disminuye las dificultades que puedan presentarse a nivel de seguridad.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

## **Dotación y aspectos de la logística (necesidades de los encuestadores, material de campo que podría ser útil, entre otros)**

Por tratarse de una prueba piloto solo se contó con un carnet de identificación y una camiseta, todas las ciudades recalcan la importancia de realizar un despliegue de información mediante:

**Volantes, radio, televisión, así como el apoyo de las Secretarías de Salud correspondiente a cada ciudad/municipio.**

## Recolección de información en todas las ciudades

Ciudad	Personas encuestadas				Rechazos		Reemplazos	Tiempo promedio por encuesta
	Adultos	Adolescentes	Jóvenes/Niños	Total	N	%		
Bogotá	54	21	34	109	16	14,6	4 personas y 1 barrio	2 horas población general - 1 hora jóvenes/niños
Medellín	60	20	31	111	4	3,6	3 personas	2 horas y 30 minutos - 1 hora jóvenes/niños
Cali	56	13	17	86	25	29,0	7 personas y 3 barrios	3 horas - 1 hora jóvenes/niños
Cúcuta	59	20	20	99	9	9,0	10 personas	2 horas - 1 hora jóvenes/niños
<b>Total</b>	229	74	54	405	54	<b>13,3</b>	24 personas y 4 barrios	2 horas y 30 minutos - 1 hora jóvenes/niños



## RECOMENDACIONES GENERALES

- Se hace importante que el personal de encuestadores cuente con identificación que incluya gorra, chaleco, entre otros y no solo la escarapela.
- Para todas las comunas/localidades principalmente las de alto riesgo en cuestión de seguridad se hace necesario la identificación previa de la zona y el apoyo y acompañamiento de líderes comunitarios.
- Se recomienda que el conteo de viviendas y el diligenciamiento del censo de hogar se realice por personas diferentes al encuestador.
- Se debe gestionar antes de comenzar la recolección de información en lugares de estratos altos el ingreso a los conjuntos o edificios residenciales para que los consejos de administración se puedan tomar el tiempo necesario para permitir el ingreso del equipo de trabajo de campo.



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



- Realizar la entrevista al padre/acudiente del niño en presencia del menor retrasa la misma, puesto que discuten sobre las respuestas dadas por el adulto.
- Aunque cierto tipo de preguntas son muy directas, personales, íntimas y causan conflicto en las personas entrevistadas, la capacitación que se brinda a los entrevistadores no es sólo para el uso de los instrumentos de recolección de información sino también para el acercamiento a la comunidad y el cómo debe afrontar todo tipo de reacciones de los encuestados, el buen uso de estas recomendaciones garantiza no generar molestias en el entrevistado y finalizar con éxito la entrevista.
- Enfatizar las estrategias para afrontar una situación donde el encuestado lllore o tenga una crisis.

# ASPECTOS ADMINISTRATIVOS



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



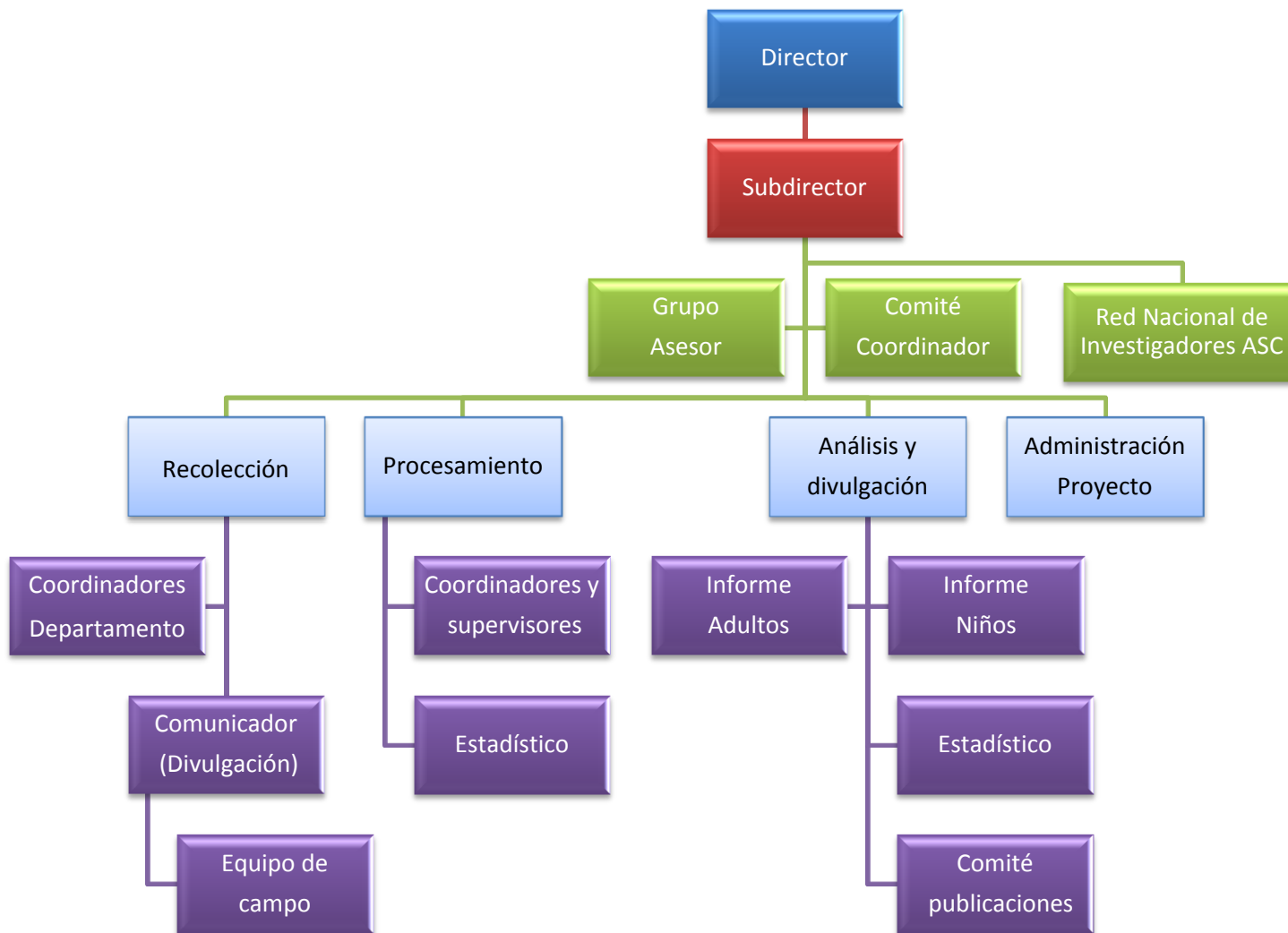
**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007



# Organigrama







**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007

# Presupuesto

N° Item	Presupuesto Total	Valor Total
1	Recurso Humano	3.350.981.596
2	Recursos Tecnológicos y físicos	398.000.000
3	Pasajes y viaticos	220.000.000
4	Licencias	21.200.000
5	Gastos administrativos y operativos	210.009.558
<b>VALOR TOTAL</b>		<b>4.200.191.153</b>



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



*El Estudio, se complementará de manera que logre además de **la actualización de los indicadores obtenidos en el Estudio del 2003**, el conocimiento de la situación de salud mental en **población rural**, el diagnóstico de la situación de salud mental del grupo de **7 a 14 años**, la **ampliación de edad hasta 69 años**, la **posibilidad de estimar los indicadores globales para cada departamento y el Distrito capital.***

# GRACIAS



**MinSalud**

Ministerio de Salud  
y Protección Social



**UNIVERSIDAD CES**

*Un Compromiso con la Excelencia*

Resolución del Ministerio de Educación Nacional No. 1371 del 22 de marzo de 2007