



MINSALUD



GOBIERNO DE COLOMBIA

Documento Metodológico Encuesta Nacional de Salud Mental 2015

**Dirección de Epidemiología y
Demografía**

PRESENTACIÓN

La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, la cuarta después de las realizadas en 1993, 1997 y 2003, y que hace parte de Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para Salud de Colombia, constituye un hito en salud mental pública en Colombia, pues traduce un enorme esfuerzo técnico, metodológico y operativo en la generación de información útil para toma de decisiones que responda a las necesidades en convivencia social y salud mental planteadas en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021.

La importancia de los problemas y trastornos mentales como problemas de salud pública fue reafirmada en el estudio de carga de enfermedad realizado por el Ministerio de Salud y Protección Social y el Cendex, en 2010, donde la depresión aparece como la segunda causa de carga de enfermedad, solamente superada por la hipertensión arterial, y donde se reporta que, con una expectativa de vida de 65 años, en Colombia aproximadamente 18 de estos 65 años se viven con una carga de enfermedad por discapacidad y, de estos, aproximadamente 7,5 años, con discapacidad por enfermedad mental.

Este documento actualiza en el país información al respecto y provee datos epidemiológicos novedosos en salud mental, sus factores asociados y condicionantes, al igual que en su posibilidad de mejoramiento y desarrollo en el sentido más positivo, tanto en lo relacionado con las percepciones de bienestar subjetivo y relaciones con los demás como en lo que tiene que ver con las posibilidades empáticas, el apoyo social y el sufrimiento emocional, por eventos vitales estresantes, particularmente los diferentes tipos de violencias. De ahí se derivan campos de acción específicos asociados con la promoción de la salud mental, como el fortalecimiento de la empatía, el reconocimiento de los otros y la búsqueda de una mayor participación en grupos sociales; así mismo, se dimensiona qué tan expuesta se encuentra la población colombiana a las diferentes formas de violencia u otros estresores psicosociales, como la muerte de un ser querido. Este es un insumo clave para la gestión del riesgo colectivo en salud mental y la priorización de grupos poblacionales para las acciones de detección temprana y atención oportuna de problemas y trastornos mentales.

Se visibilizan, igualmente, por primera vez, los problemas mentales, entendidos como aquellos síntomas o conductas que no constituyen una enfermedad mental diagnosticada; pero que producen malestar emocional y disfunción en las capacidades para relacionarse con los otros y requieren apoyo social y clínico. De esta manera, se reconoce un marco comprensivo en el cual existe un espectro salud mental – problema – trastorno mental. Los problemas indagados en el presente estudio abarcan el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos y problemas en el acto de comer, entre otros, y de su análisis preliminar se desprende la necesidad de evaluar cómo procedimientos, actividades e intervenciones en salud mental, actualmente presentes en los distintos planes de beneficios, responden a las necesidades en el abordaje de dichos problemas mentales tanto en los servicios de salud como en los entornos donde se desarrolla la cotidianidad de los individuos, las familias y las comunidades.

También por primera vez se indaga la salud mental en niños y niñas a partir de los siete años de edad y se encuentran mayores problemas y trastornos relacionados con dificultades en el habla, ansiedad de separación e hiperactividad con déficit de atención. En lo que concierne a adolescentes y adultos, un



análisis preliminar orienta a que el principal problema de salud mental es el consumo de alcohol, seguido por las consecuencias psicológicas de la exposición a eventos traumáticos, la exposición a diferentes formas de violencia, la depresión, los trastornos de ansiedad y los rasgos de personalidad limítrofe.

Se exploraron, así mismo, las relaciones entre problemas y trastornos mentales y enfermedades no transmisibles, como problemas respiratorios y dermatológicos, obesidad, diabetes e hipertensión. Siguiendo el principio mundialmente aceptado de que “no hay salud sin salud mental”, esta indagación resulta de vital importancia, toda vez que las enfermedades cardiovasculares y respiratorias, la diabetes y el cáncer son en Colombia las principales causas de enfermedad y muerte, y es claro —a partir de revisiones e investigaciones científicas— que la salud física y la salud mental se encuentran estrechamente vinculadas, tal como se ha evidenciado en las relaciones recíprocas entre enfermedad cardiovascular y depresión.

En concordancia con esta asociación, la intervención en salud mental es parte de lo que el país definió como mega meta en salud para los próximos años: disminuir en un 2% la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles; por lo que la Estrategia 4 × 4 Ampliada —que incluye la salud mental, además de la salud bucal, visual y auditiva— es la principal para obtener resultados desde la promoción de estilos de vida saludable, la promoción de la salud y la prevención y atención de la carga de enfermedad.

Permitir que las personas envejeczan saludablemente se da a partir de la promoción de estilos de vida, el desarrollo de políticas gubernamentales y acciones sociales que facilitan la adopción de modos de vida más saludables y la prestación de servicios sociales y de salud equitativos e incluyentes para la ruralidad de un país que avanza hacia la paz y la reconciliación. En este logro es fundamental la inclusión de cambios en las esferas comportamental, emocional, social y cognitiva, y la promoción y la detección oportuna de factores de riesgo en la salud mental.

En el estudio se incluyen también estimaciones relativas al acceso a servicios y a medicamentos, donde el reto más importante es fortalecer la calidad y oportunidad de la atención en salud mental, así como superar las barreras actitudinales para el acceso, mediadas por el estigma y el auto-estigma presente en individuos y comunidades.

Asumir los retos que evidencia la presente Encuesta implica redefinir la política pública en salud mental, centrándose en la superación de cuatro prioridades: 1) acotar la diversidad y la indefinición de responsabilidades intersectoriales en lo relacionado con el comportamiento, especialmente en lo que tiene que ver con los riesgos de adicciones y violencias a niños, niñas y adolescentes y violencias de género; 2) el logro de una articulación efectiva con el desarrollo de los servicios sociales y de protección; 3) la superación de la fragmentación de la atención en salud mental y de las dificultades en la articulación de las acciones previstas en los distintos planes de beneficios y redes, y 4) la cualificación del talento humano en salud mental para la resolución de problemas específicos tanto en lo individual como en lo comunitario, al igual que en las habilidades para la gestión de los servicios de salud y el trabajo interdisciplinar.



La formulación y el despliegue de una política de estas características implica generar mecanismos para hacer sostenibles las acciones de promoción de la salud mental y de gestión de los riesgos de problemas y trastornos mentales en los entornos, las ciudades y la ruralidad saludables desde estrategias de movilización social, la asistencia y cooperación técnica y la planeación, a la vez que insta a pensar los servicios de salud básicos como aquellos con alta capacidad resolutive destinados al mantenimiento y mejoramiento de la salud. Todos estos configuran componentes clave de las rutas específicas de atención, incluida la ruta de atención en salud mental, y de la Política Integral de Atención en Salud planteada por el Plan Nacional de Desarrollo 2014-2018, compromiso de país.

Fernando Ramírez Campos

Subdirector de Enfermedades no Transmisibles

Ministerio de Salud y Protección Social de la República de Colombia

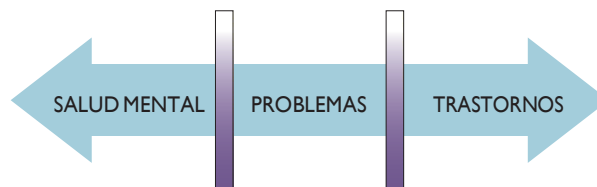


INTRODUCCIÓN

El presente Informe de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM) 2015 tiene el propósito de describir el proceso de aplicación y los resultados obtenidos en Colombia. Esta encuesta, promovida por el Ministerio de Salud y Protección Social, apoyada por Colciencias, es la cuarta que se realiza en el país; las anteriores corresponden a 1993, 1997 y 2003. Se enmarca dentro del Sistema Nacional de Encuestas y Estudios Poblacionales para Salud de Colombia, y es un insumo para el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021. Da cumplimiento a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social, a su vez a los de la Organización Mundial de la Salud (OMS) de fortalecer la capacidad investigativa y contar con información adecuada para adoptar las mejores decisiones. La ENSM 2015 es un estudio observacional de corte transversal, con representatividad regional y nacional, a partir de una muestra de tipo probabilístico que incluyó a 15.351 personas residentes en 13.200 hogares de áreas urbanas y rurales del país. Los datos obtenidos, previo consentimiento, se refieren a la población civil desde los 7 años hasta los 96 años, distribuida en dos grandes grupos: de 7 a 11 años y de 12 y más años. Para el grupo de edad de 7 a 11 años la información fue suministrada por la persona directamente responsable del cuidado; en el grupo de 12 y más años se interrogó a la persona seleccionada.

El estudio se realizó mediante una entrevista apoyada en un formato de aplicación digital, que integró distintos instrumentos, algunos de uso frecuente en investigaciones similares, otros resultantes de adaptaciones o de cuestionarios construidos con base en temáticas específicas, por medio de los cuales se abordó el campo de la salud mental y se indagó acerca de aspectos sociodemográficos y de caracterización de la persona seleccionada, el hogar, la vivienda y el entorno, a fin de identificar determinantes sociales para la salud mental de la población; salud mental en sus dimensiones positivas; vicisitudes y recursos para lidiar con la tensión y el sufrimiento emocionales; problemas o síntomas que no constituyen un trastorno psiquiátrico; algunas patologías mentales de niños, adolescentes, adultos y personas mayores; acceso a servicios de salud y medicamentos, y valoración de los estados de salud en términos de utilidad. En este informe se presentan los hallazgos gruesos de los indicadores más importantes con un modelo espectro-continuum (gráfica 1).

1. La salud mental.
2. Los problemas en salud mental.
3. Los trastornos mentales y las condiciones crónicas asociadas.



Gráfica 1. Modelo de espectro-continuum

Además del acceso a los servicios de salud mental y la valoración de los estados de salud según los grupos de edad considerados, es de resaltar que este es el primer estudio de salud mental que incluye la evaluación completa de este espectro en población infantil.

Finalmente el protocolo del presente estudio fue desarrollado por la Pontificia Universidad Javeriana y tuvo como referente el protocolo realizado por la Universidad CES en el convenio de asociación 678 del 2012, así como el apoyo de diversos grupos de asesores internacionales. Es de anotar que durante su desarrollo se contó con el acompañamiento y contribución del MSPS y Colciencias.



1. ANTECEDENTES

En nuestro país se han llevado a cabo tres encuestas nacionales de salud mental (1993, 1997 y 2003), y en todas, aunque se ha recogido información acerca de la salud mental y factores relacionados, ha primado el interés por los trastornos psiquiátricos y su atención. También (por lo menos en los dos primeros estudios) lo relativo al consumo de sustancias psicoactivas. El estudio de 1993 entrevistó a una muestra conformada por 25.135 personas entre 12 y 60 años de edad, en hogares urbanos y rurales. Se basó en preguntas y escalas acerca de variables demográficas, apoyo de redes sociales, comunicación e integración familiar, satisfacción y otros factores psicosociales. También utilizó la Escala de Ansiedad y Depresión de Zung; los cuestionarios de tamizaje para alcoholismo CAGE; de Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos (SRQ), y para Niños (RQC). Tales instrumentos limitaron la posibilidad de certezas diagnósticas; sin embargo, se destacó un 7,9% de prevalencia de vida de la morbilidad sentida, que se consideró subestimada; alguna probabilidad de trastorno mental, del 10,2%. De la morbilidad sentida recibió atención el 46,8%.

En 1997, con base en la entrevista diagnóstica compuesta de la Organización Mundial de la Salud (OMS): CIDI-2, y a partir de criterios diagnósticos del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, versión IV (DSM IV), en una muestra de 15.408 personas se encontró una prevalencia de vida del 30% para al menos un trastorno psiquiátrico. El 13,6% de las personas encuestadas expresó haber sentido la necesidad de consultar por problemas relacionados con la salud mental, de ellas un 67,5% tuvo acceso a la atención.

Finalmente, en 2003, como parte de la Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS, se encuestó a una población de 4426 personas entre 18 y 65 años de edad, en hogares urbanos de 60 municipios. La exploración se basó, así mismo, en el CIDI, en su versión computarizada (CIDI-CAPI). Se empleó, además, el WHO-DAS, un cuestionario para valoración de discapacidades, y se consideraron las condiciones crónicas. Se informó una prevalencia de vida para algún trastorno del 40,1% y la ausencia de tratamiento médico en el año previo al estudio, para el 75% de las personas con trastorno grave y para el 90% con trastornos moderadamente graves. Se encuestó complementariamente a una submuestra de 1.520 adolescentes en 25 departamentos.

Resultan evidentes las altas cifras de prevalencia y las limitaciones en la accesibilidad a los servicios, hecho que incrementa la gravedad y persistencia de los trastornos mentales, y los costos (emocionales y económicos) para la familia y la sociedad. Lo anterior cobra su verdadera dimensión si se conoce que, en el mundo, las enfermedades mentales son la quinta causa de años de vida perdidos por discapacidad (AVAD) y, contando la carga generada por suicidio, la tercera, con una tendencia al incremento en las próximas décadas. El último estudio realizado por la OMS sobre este tema calculó que para el año 2020, las enfermedades mentales y neurológicas explicarán el 15% del total de AVAD del mundo, y que nuestro país presenta una de las prevalencias de patologías más altas, junto con Estados Unidos. En relación con los grupos etarios, el cálculo de la carga global de enfermedades para los países americanos de ingresos medios y bajos, como Colombia, muestra el impacto de estas en la población joven (de 15 a 29 años).



Ahora bien, la determinación de los contenidos de la ENSM 2015 se basó en dos consideraciones fundamentales:

1) las necesidades reconocidas por el Ministerio de Salud y Protección Social y los lineamientos del PDSP en su dimensión de salud mental y convivencia social, y 2) la necesidad de situar histórica y contextualmente la Encuesta, dados los cambios acaecidos en la última década en lo que se refiere a desarrollos conceptuales, normativos, y al proceso de paz en curso; eventos que impactan el campo de la salud mental y lo reconfiguran de manera significativa, pues exige la adecuación de los instrumentos y del análisis de los resultados, para responder a las necesidades actuales de información. Con base en lo anterior la ENSM 2014-2015 contempló:

- Ampliación de lo concerniente a la salud mental, sus opciones de transformación de las condiciones de vida, que subrayan el carácter ético de las relaciones humanas y los recursos ante situaciones de sufrimiento y tensión emocional.
- Extensión de la edad tope de la muestra para incluir a las personas adultas mayores en concordancia con el fenómeno de envejecimiento poblacional del país y con la posibilidad de articular los hallazgos con los de la encuesta Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE), Colombia.
- Identificación en todos los grupos de edad de problemas del comportamiento y en las actividades de la vida diaria, primer paso para diseñar políticas e intervenciones preventivas.
 - Información, que guarde la comparabilidad internacional, de la prevalencia y características de aquellas patologías que brindan información relevante, que requieren nuevos datos y que permiten analizar la realidad de las variaciones arrojadas al comparar los estudios nacionales. Para ello se excluyeron del CIDI-CAPI y del DISC IV-P trastornos de baja prevalencia no detectables con las muestras usuales o de poco impacto en salud pública, como las fobias específicas; también los que mantienen una frecuencia constante, cuya gravedad e impacto han sido probados exhaustivamente y no requieren nuevas confirmaciones.
- Datos acerca del uso de medicamentos psiquiátricos y de otras intervenciones terapéuticas en el sector salud, al igual que de recursos sociales y comunitarios, y variables asociadas con las limitaciones de acceso.
- Medición de los estados de salud y su valoración por los participantes en el estudio, debido a que Colombia ha hecho grandes inversiones en el sector salud, pero la alta carga de las enfermedades mentales exige establecer el impacto económico de las políticas públicas.
- Privilegiar los enfoques de determinantes sociales de la salud, de derechos y diferencial, con miras a reducir las desigualdades, las brechas de inequidades, contribuir al desarrollo del PDSP, de la legislación en salud mental y ajustarse a la agenda programática de estudios poblacionales en salud.



2. DISEÑO DE LA OPERACIÓN ESTADÍSTICA

2.1. DISEÑO TEMÁTICO/METODOLÓGICO

2.1.2. Objetivos

2.1.2.1. Objetivo General

Brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales y el acceso a los servicios en población colombiana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad.

2.1.2.2. Objetivos Específicos

- Establecer aspectos en salud mental, destacando la calidad de las relaciones, desde diversas perspectivas; sus posibilidades transformadoras y para lidiar con el sufrimiento emocional.
- Consolidar información relativa a la salud mental en población expuesta a diversas formas de violencia.
- Identificar problemas de comportamiento y de las actividades de la vida cotidiana en niños, adolescentes, adultos y viejos que sustenten las intervenciones preventivas.
- Describir los principales trastornos mentales de todos los grupos de edad, evaluando los síntomas y estimando la prevalencia en los últimos 30 días, en el último año y de vida en algunos casos.
- Caracterizar el uso de medicamentos y servicios, identificando los tipos de barreras de acceso.
- Identificar los estados de salud descritos por el EQ5D más comúnmente relacionados con los trastornos mentales evaluados en la ENSM, y estimar la percepción de la calidad de vida relacionada con salud que tiene la población adulta en Colombia.

2.1.3. Alcance

Los resultados que se esperan entregar corresponden a desagregaciones a nivel regional, según las regiones definidas en la tabla 1, para la población residente en Colombia de 7 años o más. Se espera entregar resultados sobre la salud mental de esta población, excluyendo únicamente a aquellas personas que, por alguna limitación física o mental, no puedan responder la encuesta.

2.1.4. Marco de referencia

Como forma de promover la salud mental y mitigar el impacto de los problemas y trastornos mentales la Organización Mundial de la Salud (OMS) ha diseñado la Iniciativa de la Encuesta Nacional, que promueve la investigación en estos temas para poder diseñar políticas que se ajusten a las necesidades nacionales.

En lo concerniente al marco político y normativo nacional de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), se destacan las disposiciones directamente relacionadas con el campo de la salud mental, comprendidas en la Ley 1616 de 2013 y en el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012-2021.



Por la Ley 1616 de 2013, la salud mental se constituye en una prioridad nacional, un derecho fundamental, tema obligado de salud pública, bien de interés común y componente esencial del bienestar general. Obliga, así, a garantizar el ejercicio pleno del derecho a la salud mental a la población colombiana, priorizando a los niños, las niñas y los adolescentes, mediante la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada en salud mental en el ámbito del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con fundamento en el enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la atención primaria en salud.

Por su parte, el PDSP ofrece un abordaje de enfoques múltiples: de derechos, de determinantes sociales de la salud, de enfoque diferencial y de enfoque poblacional, con la meta central de afectar positivamente los determinantes sociales para alcanzar la equidad, el desarrollo humano sostenible y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad sobre los años de vida saludables. Define dimensiones prioritarias, donde se resalta la de convivencia social y salud mental, espacio de acción transectorial y comunitario para la promoción de la salud mental y la convivencia, para transformar problemas y trastornos prevalentes en salud mental y e intervenir sobre las diferentes formas de la violencia. Los esfuerzos se dirigen, entre otros, a contribuir al disfrute de la vida y el desarrollo de las potencialidades individuales y colectivas, a modificar imaginarios sociales y culturales, a la gestión integral de los riesgos asociados con la salud mental y la convivencia social, a reducir la carga vinculada a los problemas y trastornos mentales y al consumo de sustancias psicoactivas y a lograr la atención psicosocial y de salud Integral a las víctimas del conflicto armado.

El PDSP ve en la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la Unesco, “un instrumento clave para orientar la toma de decisiones complejas en salud pública”, dados sus principios relativos al respeto a la dignidad, a los derechos humanos y las libertades individuales, la diversidad y el pluralismo, el rechazo al estigma y la discriminación, la mejora de las condiciones de vida y la protección del ambiente, incluyendo a las generaciones futuras. Así mismo, reconoce la Declaración la necesidad de paradigmas holísticos y de garantizar con nuevos enfoques de responsabilidad social la contribución de la ciencia y la tecnología a la justicia y la equidad. En este sentido, es común hoy asociar los graves problemas sociales con la salud y la enfermedad mental, lo cual supone que la ENSM debe atender un momento coyuntural para la salud mental por los avances logrados y por los retos y posibilidades futuras, que demandan ineludible coherencia entre los intereses, requerimientos y resultados del estudio, e impacto efectivo en la situación que intenta modificar, pues hoy las exigencias a la salud mental sobrepasan con creces las de la atención de las personas con trastorno mental, para anticiparse a una situación colectiva de acomodaciones derivadas de los procesos políticos que vive el país.

De los planteamientos previos se derivan los enfoques de la ENSM: de determinantes sociales de la salud y derechos con una perspectiva diferencial, que buscan la protección y restitución de derechos vulnerados, la atención de los daños y la modificación de las condiciones y los factores que generan, reproducen y mantienen la discriminación, la desigualdad y la exclusión.

Los determinantes sociales de la salud, según la OMS, son las circunstancias generadas por la distribución del dinero, el poder y los recursos, en que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen. Estos determinantes son estructurales, referidos al contexto sociopolítico, y específicos o intermediarios, condiciones materiales, situación laboral y de vivienda; acceso a servicios de salud y



sociales. También, se plantean los proximales o individuales como factores biológicos, estilos de vida circunstancias psicosociales, factores conductuales. Todos impactan la equidad en salud y en el bienestar al diferenciarse según la posición socioeconómica.

El PDSP se refiere al reconocimiento de sí mismo y del otro como sujeto de derechos, al disfrute de una gama de facilidades, bienes, servicios y condiciones necesarios para alcanzar el grado más alto de salud en términos de los determinantes sociales y no solo de la atención. La OMS subraya que la salud mental requiere la seguridad y la libertad, proporcionadas por el respeto a los derechos, y que está ligada a la educación, el trabajo, la justicia, el transporte, el medio ambiente, la vivienda o la asistencia social. Puede, entonces, plantearse un vínculo de mutua dependencia entre salud mental y derechos individuales, familiares, comunitarios e institucionales: la garantía y el ejercicio de estos originan las condiciones de salud mental, y las condiciones de salud mental determinan, a su vez, la práctica y guarda de los derechos.

El enfoque diferencial, por su parte, evidencia las formas de discriminación generadas por la valoración mayoritaria o hegemónica de disparidades ligadas al ciclo de vida, identidades de género, pertenencia étnica, discapacidad, situaciones de vulneración de derechos (desplazamiento y víctimas del conflicto) y de vulnerabilidad (pobreza). Resultan obvias las posibilidades que, para la comprensión de la salud y los trastornos mentales, ofrece este enfoque ante la evidente exclusión y discriminación a la enfermedad mental, a quienes la padecen, sus familiares e, incluso, a quienes brindan atención. En cuanto a las áreas y temas de indagación, en ese marco la ENSM aborda la salud mental, los problemas y trastornos mentales, los servicios y los estados de salud; pero los planteamientos expuestos obligan a que a la información sobre la prevalencia de las patologías y riesgos aúne la relativa a los recursos de los sujetos y los grupos y a sus despliegues, a efectos de delinear un campo complejo, en el cual tienen cabida la salud, la enfermedad, las dificultades, los problemas, las resistencias y acomodaciones; es decir, diversas formas de bienestar o malestar emocional, las prácticas y las maneras de intervenir.



2.1.5. Diseño de indicadores

Los indicadores responden en su mayoría a porcentajes de personas que cumplen con cierta característica y a totales de personas. Los porcentajes cumplen en general con la siguiente fórmula de cálculo para las variables categóricas.

$$\widehat{p}_{xi} = \frac{A_{xi}}{N} * 100$$

donde,

\widehat{p}_{xi} es el porcentaje estimado de personas que tienen la característica i de la variable x.

A_{xi} es el número total estimado de personas que cumplen con la característica i de la variable x.

N es el total de la población objetivo.

Las medias tienen la siguiente fórmula para las variables continuas.

$$\bar{Y} = \frac{1}{N} \sum_{i=1}^N y_i$$

donde,

\bar{Y} es el promedio estimado de la variable y.

y_i es el valor estimado de la variable y para el individuo i.

N es el número total de individuos.

2.1.6. Plan de resultados

Los resultados arrojados en la etapa de procesamiento estadístico de la información incluyen los tabulados de todas las preguntas del formulario desagregados por región, edad y sexo, para que sean analizados por el equipo temático correspondiente.

2.1.6.1. Diseño de cuadros de salida o de resultados

Los cuadros de salida son programados para que muestren los resultados de cada pregunta según los niveles de desagregación requeridos, edad, sexo, región y subregión. Los cuadros de salida provienen del procesamiento de la información realizado en los paquetes estadísticos STATA y SPSS.

2.1.7. Diseño del formulario o cuestionario

El diseño del formulario de la ENSM estuvo a cargo de expertos temáticos que se basaron en experiencias internacionales para el diseño, ajuste y adaptación de preguntas formuladas en otros estudios del tema. La encuesta aborda los siguientes capítulos

2.1.8. Normas, especificaciones o reglas de validación, consistencia e imputación



El archivo del diccionario de datos de la base de datos de la encuesta contiene la información sobre las reglas de validación de campo, así como sus especificaciones, etiquetas y valores de cada variable. Este archivo puede consultarse en la página Web del Ministerio de Salud y Protección Social.

2.1.9. Nomenclaturas y clasificaciones utilizadas

MSPS -- Ministerio de Salud y Protección Social

MMSE - - Mini-Mental State Examination

IMP - - Índice Multidimensional de Pobreza

HPQ - - Escala de Estatus Socioeconómico

EPT - - Ekman Emphaty for Pain Task

CIDI - - Composite Intenational Diagnostic Interview

CAGE - - Cuestionarios de Tamizaje para Alcoholismo

SRQ - - Síntomas para Adolescentes, Jóvenes y Adultos

RQC - -Síntomas para Niños

DSM IV - - Manual Diagnóstico y Estadístico de Trastornos Mentales Versión IV

SNEEP - - Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales

MUMA - - Muestra Maestra del MSPS



2.2. DISEÑO ESTADÍSTICO

2.2.1. Componentes básicos del diseño estadístico

Universo de estudio: Residentes en Colombia en el área urbana y rural con edades de 7 años o más.

Población objetivo: Residentes en Colombia en el área urbana y rural con edades de 7 años o más, sin ningún tipo de limitación que impida responder la ENSM.

Marco estadístico: Muestra Maestra del Ministerio de Salud y Protección Social.

Indicadores de cobertura del marco estadístico:

Definición de variables: En la tabla 2 se resumen las variables o dimensiones consideradas dentro de cada tema o componente de la ENSM, los instrumentos empleados e información muestral.

Una descripción detallada que incluye las modificaciones realizadas puede consultarse en el protocolo de la ENSM-2015 en la página web del MSPS.

Tabla 2. Componentes temáticos de la ENSM, sus variables o dimensiones, instrumentos de recolección e información muestral

Componente de la encuesta	Instrumento	Variables/dimensiones	Información muestral
Criterio exclusión	Mini-Mental State Examination (MMSE)	Posible demencia	Todos los seleccionados de 65 años en adelante
Sociodemográfico	Módulo sociodemográfico del Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales del MSPS	Características del hogar y la vivienda, servicios públicos básicos, entre otros	Todas las viviendas
	IMP: Índice Multidimensional de Pobreza	Características del entrevistado y miembros del hogar	Todas las personas del hogar
	Escala de Estatus Socioeconómico	Percepción ubicación socioeconómica	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	HPQ	Trabajo	
Salud mental y sufrimiento emocional	Cuestionarios elaborados	Autopercepción, bienestar subjetivo, calidad de relaciones	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	INECO-FS Planeación y comprensión de historietas Imágenes de Ekman Empathy for Pain Task (EPT)	Cognición social: series motoras, instrucciones, control inhibitorio, repetición, planeación y comprensión	Muestra de 2500 de los sujetos de 18 años en adelante
	Cuestionario basado en la ENS y otras	Apoyos, confianza, seguridad, participación, discriminación	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	APGAR familiar	Evaluación del funcionamiento familiar	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	Cuestionario adaptado	Eventos vitales generadores de estrés	Todos los seleccionados de 12 años en adelante

	Cuestionario adaptado de la ENS y otros	Actitudes y experiencias sobre la violencia, incluyendo intrafamiliar, delincuencia organizada, por conflicto armado y desplazamiento	Todos los seleccionados de 7 a 11 años y de 12 años en adelante
Problemas	RQC y cuestionario complementario	Evaluación de síntomas mentales en niños	Todos los seleccionados de 7 a 11 años
	SRQ	Evaluación de síntomas mentales	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	Audit C y Audit	Identificación de patrones uso de alcohol	
	Assist modificado	Consumo de sustancias psicoactivas	Todos los seleccionados de 12 años en adelante
	PCL ajustado	Reacciones psicológicas a eventos traumáticos	Todos los seleccionados de 7 a 11 años y de 12 años en adelante
	Parte de <i>EAT-BULIT</i>	Conducta alimentaria	Todos los seleccionados entre 12 y 44 años

Fuente de datos: Encuesta por muestreo estratificado polietápico mediante entrevistas a personas de 12 años o más seleccionadas durante el proceso de muestreo en hogares.

Entrevistas a las personas encargadas de los niños de 7 a 11 años seleccionados durante el proceso de muestreo en hogares.

Cobertura geográfica: Nacional.

Desagregación geográfica: Las siguientes son las 5 Regiones que componen la ENSM:

1. Atlántica: Atlántico, Bolívar, Cesar, Córdoba, La Guajira, Sucre, Magdalena y San Andrés.
2. Oriental: Boyacá, Meta, Putumayo, Cundinamarca, Casanare, Amazonas, Guainía, Guaviare, Vaupés, Vichada, Meta.
3. Central: Antioquia, Caquetá, Caldas, Quindío, Risaralda, Tolima, Huila.
4. Pacífica: Valle, Cauca, Nariño y Chocó.
5. Bogotá: Bogotá.

Desagregación temática: Los resultados además serán desagregados por rangos de edades y sexo.

2.2.2. Unidades estadísticas

Unidad de observación: Se consideran como unidades de observación a las personas seleccionadas en la muestra.

Unidad de análisis: Se consideran las mismas unidades de observación como unidades de análisis de los resultados de la ENSM.



Unidad de muestreo: Como Unidades Primarias de Muestreo se consideran los municipios, como Unidades Secundarias de Muestreo se consideran los segmentos de viviendas (en promedio 12 viviendas por segmento) y como Unidades Terciarias de Muestreo se consideran los hogares seleccionados.

2.2.3. Periodo de referencia y recolección

Periodo de referencia: El año 2014, 12 meses antes a la aplicación de la encuesta.

Periodo de recolección: La recolección de la información se hizo entre los meses de enero y mayo de 2015.

2.2.4. Diseño muestral

Tipo de muestreo:

Tiene como base una submuestra de la Muestra Maestra de estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social, con una representatividad nacional y regional y con desagregación geográfica a nivel regional, urbano/rural y demográfica por rangos de edad: 7-11, 12-17 y 18 y más años. Las regiones consideradas fueron la Central, Oriental, Atlántica, Pacífica y Bogotá y distribuidas Tabla 1. La muestra fue de tipo probabilístico, estratificada por edad en las regiones del país. La selección de los sujetos se obtuvo mediante una selección polietápica. En este proceso, se seleccionaron en primer lugar los municipios como unidades primarias de muestreo (UPM), considerando aquellos de mayor tamaño como de inclusión forzosa. Para esta muestra se requirieron 110 UPM, de las cuales 22 fueron de inclusión forzosa.

En segundo lugar, se seleccionaron grupos de manzanas contiguas del mismo sector y sección censales como unidades Secundarias de Muestreo (USM). En esta encuesta se requirieron 1038 USM. En tercera instancia, se seleccionaron segmentos con promedio de 12 viviendas contiguas como unidades terciarias de muestreo (UTM). Para esta encuesta se definieron 1038 USM. Las unidades últimas de muestreo fueron las viviendas aunque las unidades de observación fueron los sujetos seleccionados en los hogares.

Tabla 1. Regiones y departamentos que componen la muestra de la ENSM

Región	Departamento
1	Atlántica
2	Oriental
3	Central
4	Pacífica
5	Bogotá

Definición del tamaño de muestra

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó utilizando la siguiente fórmula:

$$n = \frac{Np(1-p)(Def f)}{N((ESrel)p)^2 + (p(1-p)(Def f))}$$



Los componentes de la fórmula anterior son:

N: tamaño de la población, tomado de las proyecciones poblacionales del Departamento Administrativo Nacional de Estadística.

p: proporción esperada. Esta varía para cada grupo de edad de acuerdo con los diferentes desenlaces de interés. Más adelante se muestran estos valores particulares para cada uno de los grupos etarios.

ESrel: error estándar relativo deseado, que define la precisión deseada en la investigación. En este caso, se estableció del 11,7%.

Deff: efecto de los conglomerados en el diseño de la muestra dado por la selección en diferentes etapas. Se estableció un efecto de 1,5.

2.3. DISEÑO DE LA EJECUCION

2.3.1. Sistema de capacitación

Se realizaba durante 6 días en los grupos según las rutas de trabajo de campo. Incluía temas sobre el cuestionario de hogares y cuestionario a la persona seleccionada, que contenía los temas específicos según los instrumentos de la encuesta, con entrenamiento especial para la aplicación del CIDI-CAPI y DISC-P, según los lineamientos para estas entrevistas.

El entrenamiento estaba constituido por actividades académicas, trabajo práctico en grupos y trabajo de campo, que era supervisado y evaluado por el equipo de entrenamiento.

Según las calificaciones obtenidas durante la capacitación, se escogía a las personas más capacitadas haciendo la selección de supervisores y encuestadores.

Nota: Para mayor detalle sobre cada una de las partes del protocolo puede consultarse en la página web del MSPS.

2.3.2. Actividades preparatorias

2.3.3. Diseño de instrumentos

Para seleccionar los instrumentos, además de la literatura pertinente, se revisaron aquellos utilizados nacional e internacionalmente. Una vez elegidos, se determinó su aplicación parcial en algunos casos, acorde con las peculiaridades y necesidades de la información requerida y de que, en términos de salud pública, no todas las problemáticas relacionadas con la salud mental revisten la misma importancia. En este mismo orden de ideas, se construyeron nuevos instrumentos, basados en cuestionarios existentes y usados previamente en el país. Esta tarea estuvo a cargo de investigadores, entre ellos expertos tanto temáticos como en elaboración de encuestas. Los instrumentos se presentaron, analizaron, discutieron y ajustaron con la participación de los funcionarios delegados por el Ministerio de Salud y Protección Social. Además, se llevaron a cabo reuniones de socialización con distintos grupos académicos y sociales. Posteriormente, la encuesta inicial se sometió a pruebas piloto y se ajustó.

Los instrumentos internacionales seleccionados fueron: el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP); APGAR Familiar; Health and Work Performance Questionnaire (HPQ); Composite International



Diagnostic Interview, computer assisted (CIDI-CAPI); Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC IV-P); Self Report Questionnaire (SRQ); Reporting Questionnaire for Children (RQC); Alcohol Use Disorders Identification Test, versiones corta y completa (AUDIT-C, AUDIT-A); Mini Mental State Examination (MMSE); Euroqol Five Dimension Questionnaire (EQ5D); Time Trade-off; se tuvieron en cuenta con modificaciones: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST); Posttraumatic Stress Disorder Checklist, versión C (PCL-C); algunas preguntas del The Eating Attitudes Test (EAT), y Bulimia Testa (BUILT).

Se tomaron algunos elementos de cuestionarios nacionales, así: Encuesta Nacional de Salud 2013: Módulo 1: encuesta a hogares; Módulo 3: niños menores de 6 años; Módulo 4: personas de 18 años y más, del Ministerio de Salud y Protección Social. Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento (SABE) Bogotá. También se consultaron otros documentos y la experiencia de grupos en temas específicos. La gráfica 2 da cuenta de los pasos seguidos para la conformación de los instrumentos.



Gráfica 2. Proceso configuración de instrumentos de recolección

2.3.4. Recolección de la información

Se visitaron 19.564 hogares, de los cuales hay información de 13.555. De los 6009 restantes, en 5547 no se pudo acceder a la vivienda, porque no había nadie, hubo rechazo total, hubo ausente temporal o la vivienda estaba desocupada, y en 462 no hubo información del hogar.

Al realizar las encuestas, la primera sección del instrumento indaga sobre el hogar en temas relacionados con características de la vivienda, el hogar y cada uno de sus integrantes. En estas se logró una cobertura del 97,4 %, cifra similar en las áreas urbanas y rurales (tabla 5.1) y en todas las regiones.

Posteriormente, el instrumento clasificaba a las personas según el grupo etario al que pertenecía para hacer seleccionar al sujeto al que se le hacía la encuesta de salud mental. Esta comienza evaluando los criterios de inclusión: para niños entre 7 y 11 años se entrevistaba al cuidador principal; para personas entre 12 y 64 años se les preguntaba si tenían una discapacidad, y en caso de presentarla, si esta le impedía responder la encuesta, y para personas de 65 años o más, se realizaba una evaluación cognoscitiva breve para determinar si estaban en capacidad de responderla.



DISEÑO DE SISTEMAS

2.5. DISEÑO METODOS Y MECANISMOS PARA EL CONTROL DE CALIDAD

2.6. DISEÑO DE PRUEBAS PILOTO

Se aplicó en Bogotá, Barranquilla y Fusagasugá entre el 15 y el 21 de septiembre de 2014; se escogieron por el tamaño, las diferencias culturales y los contrastes del clima. En cada una se seleccionaron 72 viviendas en seis segmentos, para las ciudades contenía todos los estratos; para Fusagasugá, tres segmentos en la cabecera municipal en estratos uno a tres, una en centro poblado y dos en veredas. Cada equipo contaba con un supervisor y cuatro encuestadores capacitados para el recuento y aplicación de la encuesta, que es asistida por computador. Se realizó un informe sobre los resultados y ajustes pertinentes, en el que se resalta la extensión de la encuesta y dificultades en el funcionamiento del aplicativo que requirió ajustes en ambos para su adecuado funcionamiento.

2.7. DISEÑO DEL ANALISIS DE RESULTADOS

La ENSM ha diseñado una estructura de entrega de resultados que permite organizar los resultados obtenidos

2.7.1. Análisis estadístico

Con base en los resultados de la ENSM se hacen análisis descriptivos de los indicadores diseñados. Cada indicador es desagregado y analizado por los niveles definidos.

2.7.2. Análisis de contexto

Se hacen comparaciones con indicadores que han sido medidos en otros países. Además se analiza la situación del país y su relación con el conflicto armado, tanto en contexto urbano como rural.

2.7.3. Comités de expertos

Los resultados arrojados por la ENSM son analizados y puestos a discusión de un equipo de profesionales expertos en el tema de estudio. Estos análisis son incluidos en cada capítulo temático del informe de resultados.

2.8. DISEÑO DE LA DIFUSION

2.8.1. Administración del repositorio de datos

Las bases de datos de la ENSM son anonimizadas y reposan en el sistema de información del MSPS. Además pueden ser consultadas por medio de la página web del Ministerio.

2.8.2. Productos e instrumentos de difusión

Los resultados de la ENSM son presentados en forma de gráficos, tablas y texto en todos los niveles de desagregación definidos. Para todos los indicadores se presentan IC con un 95% de confiabilidad.

Los resultados de la ENSM son divulgados a través de documentos como informes, presentaciones o publicaciones. Los informes y presentaciones pueden ser consultados a través de la página web del



MSPS. Las publicaciones son distribuidas a nivel gerencial y a público especializado, ejemplares de estos informes publicados pueden ser consultados en el MSPS.

2.9. DISEÑO DE LA EVALUACIÓN

3. DOCUMENTACION RELACIONADA

GLOSARIO

Apoyo social: El apoyo social se refiere a los intercambios entre los miembros de una red o entramado de relaciones. Lo que se entrega en las transacciones se denomina transferencias o apoyos, y pueden ser de diversos tipos: materiales (dinero, alojamiento, comida, ropa y pago de servicios), instrumentales (cuidado, transporte y labores del hogar), emocionales (afectos, compañía, reconocimiento y escucha) y cognoscitivos (experiencias, información y consejos). Al conjunto de quienes participan en este flujo bidireccional se le denomina red de apoyo social, para diferenciarla de la red social, mucho más amplia, pues está conformada por todos los contactos de cada persona.

Capital social: La noción de capital social suele utilizarse con distintas acepciones que se mueven en dos extremos: una centrada en el individuo, sus nexos de parentesco, vecindad y con la organización comunitaria y social, que pueden brindarle ayuda básica. Otra más amplia la ubica en el marco de la acción colectiva, particularmente en el abordaje de problemas de interés para las políticas públicas. En esta misma línea, se habla de las relaciones entre personas y de estas con las instituciones sociales, del flujo de recursos materiales o psicosociales, considerándolo un bien público e inmaterial, que contempla la solidaridad, así como los comportamientos prosociales y cívicos que reflejan cohesión social. En el otro extremo se incluye en el concepto, además de la familia, “las redes sociales, las asociaciones locales, las ‘redes de redes’, las formas de relación entre el Estado y la sociedad, el marco institucional formal (Constitución, leyes, regulación, políticas), las normas sociales y los valores”.

Cognición social: Es la disciplina que se estudia cómo comprendemos, recordamos y predecimos la conducta de otras personas; cómo elaboramos juicios e inferencias a partir de lo que percibimos en los demás, y cómo tomamos decisiones con base en esa información. Además, permite identificar cómo son influenciados dichos procesos por la presencia de los otros (de forma implícita o explícita), nuestra motivación y nuestro estado emocional en cada situación concreta.

Estar bien individual y colectivo: Para la ENSM-2015, atendiendo a las condiciones, a las necesidades y a las orientaciones políticas del país, la salud mental es sinónimo de cierto bienestar emocional y de calidad de las interacciones humanas que favorecen condiciones de vida digna y de humanización, lo que deja en claro que sus limitaciones (no los trastornos) atañen a la naturalización de formas de relacionarse basadas en la indiferencia, la dominación, la explotación o la tortura, en la incapacidad de pensar, de transformar las maneras de pensar y actuar.

Eventos críticos y cursos de vida: Son eventos que, en su mayoría, giran alrededor de las pérdidas, del duelo consecutivo y de los padecimientos para enfrentar tales circunstancias. Estos incidentes no son solo individuales, pueden involucrar a grupos o a poblaciones (por ejemplo, desastres, guerras y persecuciones, conflicto armado o desplazamiento forzoso).



Eventos en salud mental: Hacer referencia a “desenlaces o “emergencias” que surgen, bien como derivados de un problema o trastorno mental, como en el caso del suicidio, la discapacidad, el comportamiento desadaptativo, o bien ni siquiera derivados de una condición de salud mental sino de hechos vitales como la exposición a la violencia” (McDouall, 2014).

Familia: La definición de familia atañe a dos grupos: la familia con- sanguínea, que es el conjunto de miembros unidos por vínculos de parentesco y que comparten un apellido, y la familia de residencia, en la que el conjunto de personas con un vínculo de amistad, parentesco o afinidad comparten un espacio llamado hogar. La familia se configura alrededor de dos funciones básicas que definen su estructura y le dan continuidad: la conyugalidad y la reproducción de la especie. De acuerdo con esto se organizan las dos tipologías existentes, según parentesco y según funciones. La primera incluye ser unipersonal, nuclear y extendida; la segunda se basa en las funciones de conyugalidad, reproducción y supervivencia.

Problemas en Salud Mental: Un problema de salud mental también afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero de manera menos severa que un trastorno mental. Los problemas mentales son más comunes y menos persistentes en el tiempo. En algún momento de nuestra vida experimentamos sentimientos de tristeza, ansiedad, insomnio u otros síntomas que pueden generarnos malestar y algunos inconvenientes, pero que no llegan a provocar un deterioro significativo en nuestra vida social, laboral o en otras áreas importantes de nuestra actividad cotidiana.

Salud Mental: En Colombia la Ley 1616 de 2003 define la salud mental 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, para trabajar, para establecer relaciones significativas y para contribuir a la comunidad”. Un problema de salud mental afecta la forma cómo una persona piensa, se siente, se comporta y se relaciona con los demás, pero sus manifestaciones no son suficientes para incluirlos dentro de un trastorno específico según los criterios de las clasificaciones internacionales de trastornos mentales (Clasificación Internacional de Enfermedades Versión 10 - CIE-10 de la Organización Mundial de la salud y el DSM-V de la Asociación Psiquiátrica Americana); son más comunes, menos severas y menos persistentes en el tiempo. Se trata de síntomas como ansiedad, tristeza, insomnio, cambios en el apetito u otros sentimientos y conductas que pueden generar malestar y algunos inconvenientes, pero que no provocan un deterioro significativo en la vida social, laboral o en otras áreas importantes de la actividad cotidiana. Sin embargo, con frecuencia son objeto de atención clínica ya que pueden derivar en trastornos mentales. (Minsalud, 2014).

Trastornos Mentales: Actualmente no existe una manera biológicamente sólida de hacer la distinción entre normalidad y anormalidad mental, tampoco se conocen claramente todas las causas de los desequilibrios en este campo. Sin embargo, mundialmente se aceptan dos clasificaciones de trastornos y problemas mentales (CIE-10 y DSM-V) que orientan a los especialistas en la identificación de cuadros clínicos y definición de diagnósticos. El diagnóstico de trastorno mental, su tratamiento y pronóstico dependen de la forma como se agrupan determinadas formas de pensamiento, percepciones,



sentimientos, comportamientos y relaciones considerados como signos y síntomas, atendiendo a diferentes aspectos tales como: su duración, coexistencia (mezcla), intensidad y afectación en la funcionalidad de quien los presenta (afecta su desempeño en el trabajo, estudios u otras actividades de la vida diaria y/o su forma de relaciones con otras personas).

Los trastornos mentales más relevantes en el mundo son los siguientes: Depresión unipolar, trastorno bipolar, esquizofrenia, epilepsia, consumo problemático de alcohol y otras sustancias psicoactivas, Alzheimer y otras demencias, trastornos por estrés postraumático, trastorno obsesivo compulsivo, trastorno de pánico e insomnio primario (WHO, 2001).

Violencias: Uso intencional de la fuerza física o el poder, real o por amenaza, contra la persona misma, contra otra persona, o contra un grupo o comunidad que puede resultar en o tiene alta probabilidad de resultar en muerte, lesión, daño psicológico, problemas de desarrollo o de privaciones.

BIBLIOGRAFIA

Ministerio de Salud y Protección Social y la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS). Propuesta de ajuste de la Política Nacional de Salud Mental para Colombia 2014: Plan Nacional de Salud Mental 2014-2021 [internet]. Desarrollado en el Marco del Componente de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas del Convenio de Cooperación Técnica 310/13. Disponible en: <http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/docs/1/5304073.PDF>.

Ministerio de Salud y Protección Social. Dirección de Epidemiología y Demografía. Sistema Nacional de Estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: conceptualización y guía metodológica. Colombia 2013. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/guia-estudios-poblacionales.pdf>

Torres Y, Posada J, Rojas MC. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas de 1993 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud; 1993. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf.

Urrego D, Cocoma J. Por la salud mental. Rev Salud Pública. 1999;1(1).

República de Colombia, Ministerio de Salud. Resolución 02358, Política Nacional de Salud Mental. 1998.

Colombia, Ministerio de la Protección Social. Estudio Nacional de salud mental Colombia, 2003. Bogotá: Ministerio de la Protección Social-Fundación FES Social; 2005.

Posada JA. La salud mental en Colombia. Biomédica. 2013;33:497-8.

Ministerio de Salud y Protección Social. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia. Informe Preliminar. Colombia; 2003.

Ministerio de Salud y Protección Social, UNODC, Universidad CES. Situación de salud mental del adolescente: Estudio



Nacional de Salud Mental Colombia. Bogotá: L. Vieco e Hijos; 2010.

Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA J Am Med Assoc.* 2004 Jun 2;291(21):2581-90.

Murray CJL, Lopez AD. Global Burden of Disease: A Comprehensive Assessment of Mortality and Disability from Diseases, Injuries, and Risk Factors in 1990 and Projected to 2020. 2014.

World Health Organization (WHO). Injury: a leading cause of the global burden of disease 2000. Geneva: WHO; 2002.
Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema nacional de estudios y encuestas poblacionales para la salud: conceptualización y guía metodológica: Colombia 2013. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.

World Health Organization (WHO). Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. World Health Organization Regional Office for Europe; 2005.

Ministerio de Salud y Protección Social. Sistema nacional de estudios y encuestas poblacionales para la salud: conceptualización y guía metodológica: Colombia 2013. Bogotá, D. C.; 2013.

World Health Organization (WHO). Child and adolescent mental health policies and plans. Geneva: World Health Organization; 2005.

Canino G, Shrout PE, Rubio-Stipec M, Bird HR, Bravo M, Ramirez R, et al. The DSM-IV rates of child and adolescent disorders in Puerto Rico: prevalence, correlates, service use, and the effects of impairment. *Arch Gen Psychiatry.* 2004 Jan;61(1):85-93.
Posada J, Gómez LF, Gómez LC. Estudio nacional de salud mental Colombia 2003 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social y Fundación FES Social; 2005. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/1243030_EstudioNacionalSM2003.pdf.

Haro JM, Arbabzadeh-Bouchez S, Brugha TS, de Girolamo G, Guyer ME, Jin R, et al. Concordance of the Composite International Diagnostic Interview Version 3.0 (CIDI 3.0) with standardized clinical assessments in the WHO World Mental Health surveys. *Int J Methods Psychiatr Res.* 2006;15(4):167-80.

American Academy of Pediatrics. Addressing Mental Health Concerns in Primary Care: A Clinician's Toolkit. American Academy of Pediatrics. Clinical information systems/delivery system redesign decision support for clinicians. Mental health screening and assessment tools for primary care [Internet]; 2010. Disponible en: http://www.aap.org/en-us/advocacy-and-policy/aap-health-initiatives/Mental-Health/Documents/MH_ScreeningChart.pdf.



Smith H. Needs assessment in mental health services: the DISC Framework. J Public Health. 1998 Jun 1;20(2):154-60.

World Health Organization (WHO). Mental health and work: impact, issues and good practices [Internet]. Ginebra; 2000 [cited 2015 Feb 19]. Disponible en: http://www.who.int/mental_health/media/en/712.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Lineamientos para documentar la metodología de operaciones estadísticas, censos y encuestas por muestreo. Disponible en http://www.dane.gov.co/files/sen/lineamientos/DSO_020_LIN_02.pdf.

