



Artículo original

Diseño e implementación de los instrumentos de recolección de la Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015



Viviana Rodríguez^a, Socorro Moreno^a, Jhon Camacho^a, Carlos Gómez-Restrepo^{a,b}, Cecilia de Santacruz^c, Maria Nelcy Rodríguez^a y Nathalie Tamayo Martínez^{a,*}

^a Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Hospital Universitario San Ignacio, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Facultad de Medicina, Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Instituto de Envejecimiento, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 23 de noviembre de 2015

Aceptado el 3 de octubre de 2016

On-line el 18 de noviembre de 2016

Palabras clave:

Encuestas epidemiológicas

Salud mental

Trastornos mentales

R E S U M E N

Introducción: Como parte de los insumos necesarios para la creación, la implementación y la evaluación de políticas relacionadas con la salud mental, en todo el mundo y como iniciativa de la Organización Mundial de la Salud, se llevan a cabo encuestas poblacionales relacionadas con el tema. Durante el primer semestre de 2015, se llevó a cabo la cuarta Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM 2015), con una muestra de 2.727 niños entre 7 y 12 años, 1.754 adolescentes y 10.870 adultos seleccionados de diferentes lugares del país.

Objetivos: Describir la selección y definición de los instrumentos que utilizar para la medición de la salud mental (incluyendo cognición social y violencias), los problemas, los trastornos mentales y la valoración de estados de salud, así como los mecanismos empleados para derivar en el instrumento final de recolección.

Resultados: La medición de trastornos mentales en niños se realizó utilizando el *Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC)*, y para adolescentes y adultos se utilizó el *Composite International Diagnostic Interview (CIDI)*. Para los demás componentes evaluados en la ENSM 2015, se realizó una búsqueda de los instrumentos utilizados dentro y fuera de Colombia. La selección de los instrumentos utilizados para la evaluación se basó en las preguntas de cada instrumento, así como la validez científica que se podría obtener en los resultados. En algunos casos se utilizó el instrumento completo (como fue validado), se construyó uno nuevo uniendo partes de diferentes instrumentos o se redactaron las preguntas partiendo de los conceptos o características que se va a medir. Se realizó una validación de contenido, de concepto y de semántica de todos los instrumentos, incluyendo CIDI y DISC. Los instrumentos resultantes se aplicaron a un grupo de sujetos de diferentes características y se detectaron algunas aclaraciones necesarias para la comprensión de algunas preguntas. Dado que la recolección de la información en la encuesta sería totalmente en formato electrónico,

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: nathalietamayo@gmail.com (N. Tamayo Martínez).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.10.001>

0034-7450/© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

tras la construcción y la redacción de cada instrumento, se generó un formato de flujo para orientar la implementación del formato en el software Blaise. Luego de la implementación, tuvo lugar un proceso de validación de la encuesta implementada para garantizar la integridad en el orden de las preguntas y los saltos. Para este proceso se generaron casos ficticios y también se contó con la participación de voluntarios para realizar las pruebas.

Conclusiones: Se presentan los apartes del instrumento utilizado en la ENSM 2015.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Design and Implementation of the Data Collection Tools for National Mental Health Survey of Colombia, 2015

A B S T R A C T

Keywords:

Health surveys
Mental health
Mental disorders

Introduction: Population surveys on mental health are performed as part of the inputs required for the creation, implementation and evaluation of policies related to mental health, worldwide, and as an initiative of the World Health Organisation (WHO). The fourth National Survey of Mental Health (ENSM 2015) was carried out during the first half of 2015 on a representative sample of 2,727 children between 7 and 11 years of age, 1,754 adolescents, and 10,870 adults who were selected throughout the country.

Objective: To describe the selection and definition of the tools used to measure mental health (including social cognition and violence), problems, mental disorders, and the evaluation of health states, as well as to describe the process used to develop the data collection tools finally used.

Results: The measurement of mental disorders in children was performed using the Diagnostic Interview Schedule for Children (DISC), and the Composite International Diagnostic Interview (CIDI) was used for adolescents and adults. For the remaining components evaluated in the survey, a search was conducted on the tools used at a national and international level. The selection of the tools used for the evaluation was based on the questions made by each tool, as well as the scientific validity that could be obtained from the results. In some cases the complete tool (as published) was used, in other cases the tools were constructed unifying parts of different ones, or questions were written based on the concepts or characteristics to be measured. Subsequently, a validation of content, concept and semantic of every tool was carried out, including the CIDI and DISC. The resulting tools were used on a group of people with different characteristics. It was noted that further clarification was necessary for some people to fully understand what was being asked. Because the collection of all the information in the survey would be computer assisted, a stream format was generated to guide the implementation in Blaise software, after the creation and wording of each tool in order to review the validation process of the survey and to ensure the integrity in the order of questions and their format. Fictitious cases were generated during the process, and volunteers participated in the testing.

Conclusions: The tools for information collection used in the National Survey of Mental Health 2015 are presented.

© 2016 Asociación Colombiana de Psiquiatría. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

En Colombia se han llevado a cabo 3 Encuestas Nacionales de Salud Mental (ENSM): en 1993¹, 1997² y 2003³. La encuesta de 1993 indagó temas relacionados con salud mental, evaluó ansiedad y depresión con la escala de Zung, Apgar familiar, el consumo de alcohol con el CAGE y de sustancias psicoactivas¹. En el estudio de 1997, orientado a la evaluación de trastornos mentales, se utilizó el *Composite International Diagnostic*

Interview (CIDI), y en 2003 se utilizó el CIDI 2.1⁴⁻⁶, privilegiando también la información sobre trastornos mentales.

La ENSM 2015 se llevó a cabo durante el primer semestre de 2015 y recolectó información de 2.727 niños de 7-12 años, 1.754 adolescentes y 10.870 adultos seleccionados de diferentes lugares del país. En la ENSM 2015 se pretendió abarcar una amplia gama de temas que respondieran a las necesidades del país, con el objetivo de brindar información sobre la salud mental, los problemas y los trastornos mentales, el acceso a los servicios sanitarios y la valoración de los

estados de salud. Este artículo describe el proceso de selección y diseño de los instrumentos de recolección empleados durante la realización de la encuesta.

Métodos

Luego de diferentes discusiones en el grupo de investigadores temáticos de la ENSM 2015, se escogieron los temas de mayor relevancia y socialmente más problemáticos del país, que se debería evaluar en la encuesta (tabla 1). Es importante resaltar que, en el grupo de priorización de aquellos a incluir, se contó con la participación de representantes del Ministerio de Salud y Protección Social (MSPS).

Posteriormente, para cada uno de los temas seleccionados, se conformó un equipo temático compuesto por al menos un experto temático, un estadístico y un asistente de investigación, en el que un mismo individuo podía pertenecer a varios equipos. La figura 1 contiene el flujograma con el paso a paso de la construcción del set completo de formatos utilizados en la ENSM 2015.

Cada equipo temático realizó una búsqueda de los instrumentos disponibles para la valoración del tema. Se revisó la literatura relacionada y se revisaron los instrumentos utilizados en otras investigaciones (nacionales e internacionales) o en la práctica clínica. Se evaluó si alguno de los instrumentos encontrados evaluaba por completo el tema de interés, si contaba con una versión en español, la información disponible sobre la validez que presentaban los resultados en investigaciones previas y las indicaciones de su uso.

La mayoría de los equipos encontraron un único instrumento para la evaluación del tema. Sin embargo, en algunos casos fue necesario ajustar varios instrumentos tomando componentes de los disponibles o adicionando preguntas nuevas que permitieran evaluar condiciones particulares, con lo que se llegó a una versión híbrida que se ajustaba más a las necesidades actuales del país, y aunque se consideró que este proceso altera las propiedades psicométricas de los instrumentos de que parte, es una opción válida⁷. También se tuvo en cuenta que no en todos los casos se quería medir un constructo, sino indicadores que la evidencia muestra que son pertinentes en relación con la salud mental. La lista de los instrumentos utilizados se menciona en la tabla 1.

Cada equipo temático, bajo un lineamiento general, construyó el formulario prestando atención a la redacción de las preguntas, las indicaciones necesarias tanto para el entrevistador como para el entrevistado, indicando el flujo de la entrevista (considerando la omisión de preguntas o la variación de las preguntas). Teniendo en cuenta que la recolección de la información de la encuesta sería completamente electrónica, para cada formulario se construyó una guía con los saltos y valores de los campos para cada pregunta, para de esta forma guiar la programación del *software* de recolección.

Posteriormente, todos los instrumentos fueron revisados por un grupo conciliador. En este proceso se revisaron y estandarizaron la gramática, los estilos de pregunta y la codificación de las opciones de respuesta y se eliminaron las repetidas entre los diferentes módulos. También se evaluó la consistencia de los saltos entre las preguntas de cada formato y entre

los diferentes formatos. Además, se organizó el orden en que se debería utilizar los cuestionarios dentro de la encuesta.

Luego de contar con un set de instrumentos estandarizado, se ensamblaron otros 2 equipos de revisión. Cada equipo se componía de un experto temático y un estadístico. Estos equipos revisaron la consistencia en la formulación de las preguntas dentro de la encuesta, así como su integridad gramatical y su claridad.

El grupo conciliador recibía todas las revisiones y actualizaba las versiones de los formatos. De igual forma, actualizaba el formato de saltos para programación garantizando que con cada cambio se mantuviera el flujo adecuado dentro de la encuesta. En los casos en que el grupo conciliador no encontraba claras o pertinentes las recomendaciones recibidas, se reunía con el grupo de revisión que las proponía y se llegaba a un consenso.

Al terminar este proceso. Los formularios fueron revisados por los grupos temáticos para garantizar que se mantuviese el sentido de los instrumentos propuestos inicialmente. También, todo el set de instrumentos (electrónico para CIDI y DISC, y en papel para los demás contenidos) se utilizó para entrevistar a 3 sujetos. Los sujetos eran voluntarios, y se les indicó que la idea no era conocer las verdaderas respuestas a la encuesta, sino saber si consideraban que las preguntas estaban planteadas en manera clara.

Luego de las revisiones anteriores, los formatos fueron presentados al comité técnico de la ENSM 2015 y a representantes del grupo de gestión integrada para la salud mental del MSPS. En este punto, se eliminaron algunas preguntas por considerarlas no prioritarias para el MSPS en el momento actual y buscando disminuir el tiempo de recolección.

Soporte informático

Para dar soporte a la recolección y la compilación de la información del estudio, se desarrolló una aplicación de captura conformada por 3 componentes principales (fig. 2):

- **Módulo de integración.** Es el encargado de llevar control del estado de la encuesta y la utilización del enlistamiento y ejecutar los programas de captura de los instrumentos CIDI y DISC, así como las versiones electrónicas de los instrumentos desarrollados por el proyecto.
- **Instrumentos Blaise.** Se encargan de captar y validar la información requerida por CIDI y los instrumentos desarrollados por el proyecto. Aproximadamente la mitad de las preguntas de la encuesta provienen del CIDI (incluidas tanto la versión para adultos como la de adolescentes). La versión electrónica de este instrumento fue programada en el lenguaje para desarrollo de encuestas Blaise versión 5. Así pues, para facilitar la integración de la información recolectada, las versiones electrónicas de los instrumentos desarrollados por el proyecto también fueron desarrolladas usando Blaise versión 5, utilizando un modelo de datos similar al de CIDI.
- **DISC.** Los investigadores del proyecto no tuvieron acceso al código fuente de la versión electrónica de este instrumento. Debido a esto, no fue posible integrar su interfaz de usuario ni su modelo de datos con los de los demás instrumentos. Así pues, la integración de este instrumento en la aplicación

Tabla 1 – Componentes temáticos de la ENSM, sus variables o dimensiones, instrumentos de recolección e información muestral

| Capítulo | Tema | Instrumentos utilizados (completo o parcial) | Población |
|--------------------------------|--|--|---|
| Sociodemográfico | Descripción de los hogares | Instrumento de recolección básico de encuestas del MSPS | Hogares seleccionados |
| | Pobreza | Índice de pobreza multidimensional ^{9,46} | Hogares seleccionados |
| | Características sociales | Etnia con definiciones DANE ¹⁰ | |
| Profundización en educación | Seleccionados | <i>Health and Work Performance Questionnaire (HPQ)</i> ¹¹ | Seleccionados de 12 o más años |
| Criterios de selección | Discapacidad que impida responder la encuesta | Preguntas creadas por el equipo investigador | Seleccionados entre 12 y 64 años |
| | Cribado de demencia | <i>Mini Mental State Examination</i> modificado (MMSE) ^{12,13} | Seleccionados de 65 o más años |
| Salud mental | Autopercepción, bienestar subjetivo, calidad de relaciones, Apoyos, confianza, seguridad, participación, discriminación | Elaboración de cuestionarios a partir de la ENS y otras | Seleccionados de 12 o más años |
| | Disfunción familiar | Apgar familiar ¹⁵ | Seleccionados de 12 o más años |
| | Cognición social | INECO-FS (parcial) series motoras, instrucciones, control inhibitorio, repetición, planeación y comprensión | Seleccionados de 12 o más años |
| | | Planeación y comprensión de historietas ³⁶ | |
| | | Imágenes de Ekman (2 imágenes de cada emoción: tristeza, miedo, alegría, asco, neutro, sorpresa) ¹⁸ | |
| | | <i>Empathy for Pain Task (EPT)</i> . 2 secuencias intencionales, 2 accidentales y 1 neutra ¹⁹ | Muestra de 2.500 seleccionados de 18 o más años |
| | Salud mental y sufrimiento emocional | Adaptación de cuestionario | Seleccionados de 12 o más años |
| | Actitudes y experiencias sobre la violencia, incluidos la intrafamiliar, la delincuencia organizada, por conflicto armado y desplazamiento | Cuestionario adaptado ²⁰⁻²³ | Seleccionados mayores de 18 años |
| Problemas | Síntomas mentales en niños | RQC ²⁶ complementado con otras preguntas propuestas por expertos temáticos | Seleccionados de 7 a 12 años |
| | Síntomas mentales | SRQ ³⁰ | Seleccionados de 12 o más años |
| | Síntomas de anorexia y bulimia | EAT ³¹ , BULIT parcial ^{32,33} | Seleccionados de 12 a 41 años |
| | Patrones de uso de alcohol | Audit-C y Audit ³⁴ | Seleccionados de 12 o más años |
| Trastornos mentales en niños | Consumo de sustancias psicoactivas | Assist modificado ³⁵ | Seleccionados de 12 o más años |
| | Reacciones a sucesos traumáticos | PCL parcial y modificado ⁴⁰ | Seleccionados |
| | Ansiedad por separación | DISC ⁴⁷ | Seleccionados de 7 a 12 años |
| | Trastorno de pánico | DISC | Seleccionados de 7 a 12 años |
| | Ansiedad generalizada | DISC | Seleccionados de 7 a 12 años |
| | Depresión | DISC | Seleccionados de 7 a 12 años |
| | Oposicionista desafiante | DISC | Seleccionados de 7 a 12 años |
| | Déficit de atención hiperactividad | DISC | Seleccionados de 7 a 12 años |
| | Trastorno Conducta | DISC | Seleccionados de 7 a 12 años |
| | Comorbilidad condiciones crónicas | Creado por el grupo investigador y expertos temáticos | Seleccionados de 7 a 12 años |
| Trastornos mentales en adultos | Depresión | CIDI ⁴ | Seleccionados de 12 o más años |
| | Suicidio | CIDI | Seleccionados de 12 o más años |
| | Manía | CIDI | Seleccionados de 12 o más años |
| | Trastorno de ansiedad generalizada | CIDI | Seleccionados de 12 o más años |
| | Trastorno de pánico (angustia) | CIDI | Seleccionados de 12 o más años |
| | Fobia social | CIDI | Seleccionados de 12 o más años |
| | Cribado de personalidad | CIDI | Seleccionados de 12 o más años |
| | Comorbilidad condiciones crónicas | Creado por el grupo investigador y expertos temáticos | Seleccionados de 12 o más años |

- Tabla 1 (continuación)

| Capítulo | Tema | Instrumentos utilizados (completo o parcial) | Población |
|------------------------------------|---|---|--|
| Servicios en salud mental | Medicamentos psiquiátricos | Creado por el grupo investigador y expertos temáticos según la lista de medicamentos disponibles en Colombia ^{48,49} | Seleccionados con cribado positivo para algún trastorno mental |
| | Oportunidad, acceso a servicio, barreras y continuidad de seguimiento Encuesta Nacional de Salud (ENS) | Seleccionados con cribado positivo para algún trastorno mental | |
| Valoración de los estados de salud | Descripción del estado de salud actual | EQ5D ⁵⁰ | Seleccionados de 18 o más años |
| | Preferencias de los estados de salud | Time-trade-off basado en los estados del EQ5D ⁵¹ | Muestra de 3.000 seleccionados de 18 o más años |

de captura se limitó a invocar al programa correspondiente, pasando como parámetro el identificador de la encuesta en desarrollo.

La aplicación de captura se probó a través de un proceso iterativo por parejas. En cada iteración, cada pareja de evaluadores probó todas las opciones de respuesta y los saltos condicionales de uno o más módulos, registrando cualquier diferencia entre la definición del instrumento y su versión

electrónica. En total, se realizaron 13 iteraciones que permitieron corregir 941 defectos.

El modelo de datos resultante de la aplicación de captura (fig. 3) está conformado por 8 entidades, de acuerdo con las siguientes definiciones:

- Los Hogares constituyen agrupaciones de Personas.
- Todo Hogar cuenta con al menos 1 Persona y toda Persona pertenece a uno y solo un Hogar.

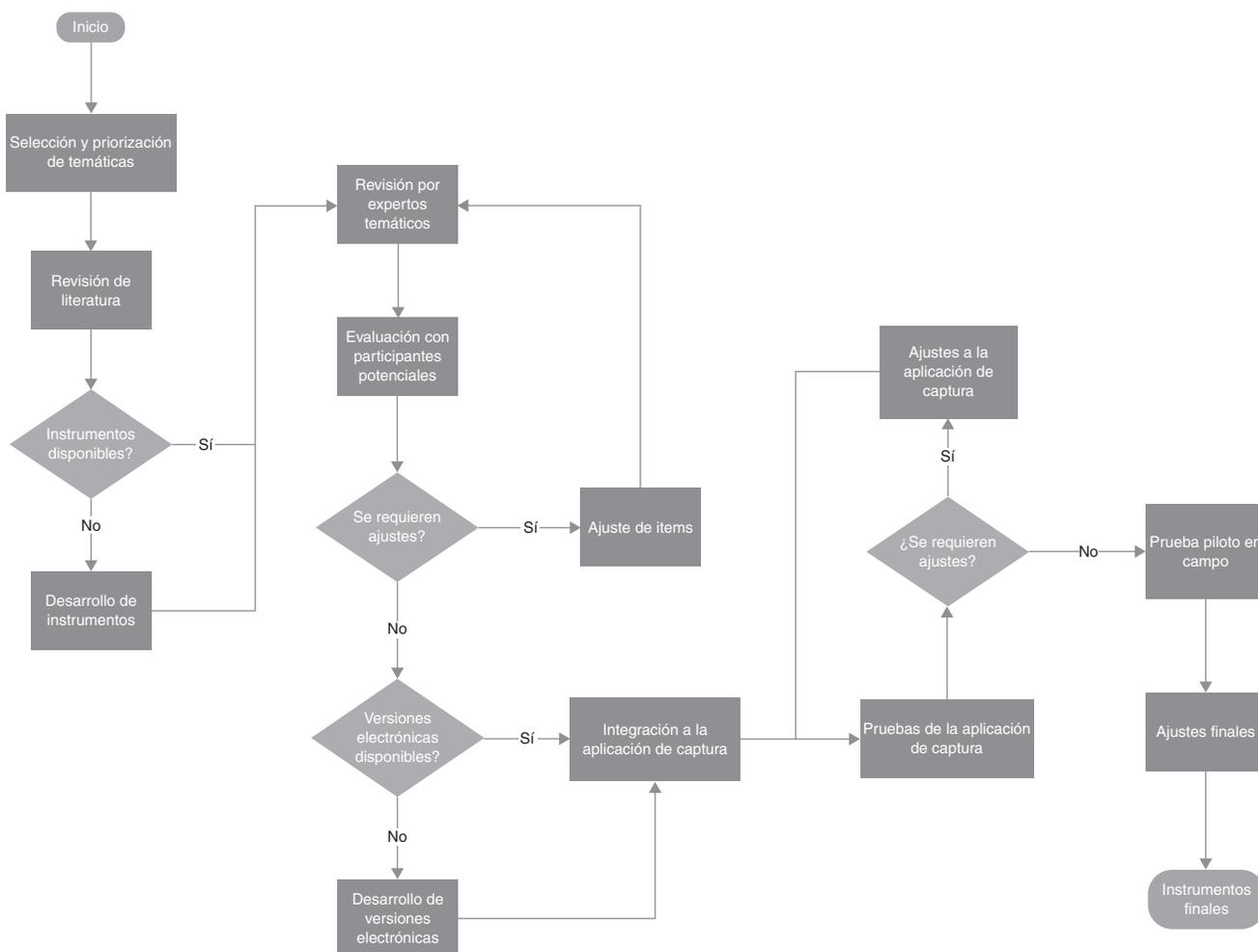


Figura 1 – Selección y desarrollo de instrumentos de recolección y versión final la ENSM 2015.

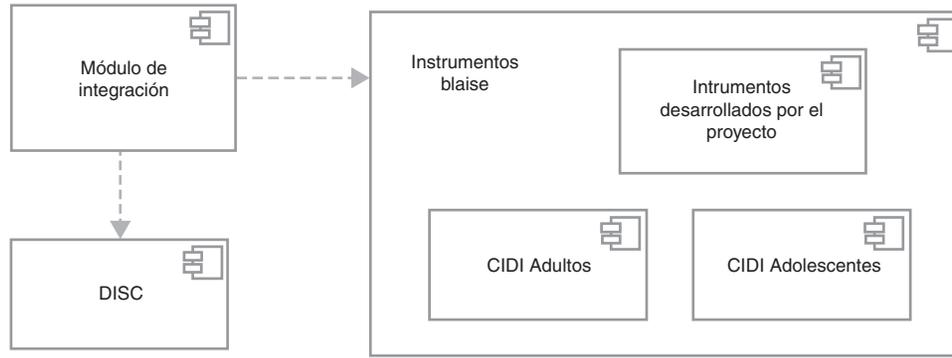


Figura 2 – Componentes de la aplicación de captura.

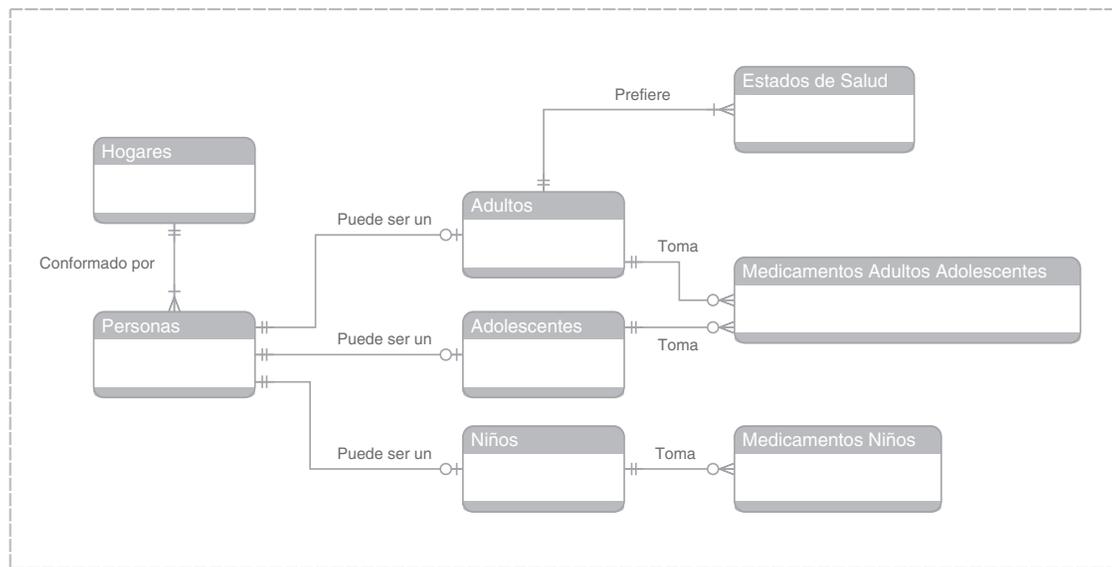


Figura 3 – Modelo de datos conceptual.

- Las Personas pueden ser: Adultos, Adolescentes o Niños. Cada persona puede pertenecer a solo 1 de estos grupos.
- Toda Persona tiene al menos 1 correspondiente en Adultos, Adolescentes o Niños.
- Todo Adulto, Adolescente o Niño hace referencia a 1 y solo 1 Persona.
- Cada Adulto o Adolescente que reportó tomar al menos 1 medicamento de interés para el estudio está asociado con al menos 1 instancia de Medicamentos Adultos Adolescentes. Cada instancia de Medicamentos Adultos Adolescentes debe estar asociada con 1 y solo 1 Adulto o Adolescente.
- De forma similar, cada Niño que reportó tomar al menos 1 medicamento de interés para el estudio está asociado con al menos 1 instancia de Medicamentos Niños. Cada instancia de Medicamentos Niños debe estar asociada con 1 y solo 1 Niño.
- Finalmente, la entidad Estados de Salud agrupa las respuestas del Adulto correspondientes a los estados de salud evaluados por el instrumento EQ5D.

Prueba piloto

Se realizó una prueba piloto en Fusagasugá, Barranquilla y Bogotá que permitió evaluar varios procesos de la ENSM IV,

entre ellos, la participación, la claridad de las respuestas, la identificación de preguntas complejas de responder o con menor tasa de respuesta de los instrumentos de recolección. Además, entre los resultados de la prueba piloto, el tiempo promedio por encuesta fue muy alto. Por este motivo, en una reunión especial con el comité científico y los representantes del grupo de gestión integrada para la salud mental del MSPS, se eliminaron algunas preguntas de profundización que para las ideas generales de las políticas de salud relacionadas con salud mental se consideraban menos relevantes. También se ajustaron los instrumentos según los resultados obtenidos en esta prueba piloto en cuanto a claridad de las preguntas, forma de redacción, extensión y secuencia.

Componentes de la ENSM e instrumentos específicos

A continuación se describe cada uno de los insumos utilizados en la recolección de información de la ENSM 2015. En los casos en que el instrumento no se hubiera desarrollado en español, si se tomaron las versiones en castellano, se hizo una adaptación lingüística cuando se estimó necesario y no se consideró que requiriera otro tipo de validación.

Características sociodemográficas

Existen factores sociales y económicos que influyen en la posición que los individuos o grupos sostienen dentro de la estructura de una sociedad, los cuales se encuentran relacionados con numerosas exposiciones, recursos y susceptibilidades que pueden afectar a la salud. Con el objetivo de evaluar las características sociodemográficas de los individuos, se tomó información de 2 encuestas. El primero contenía preguntas sobre características de la vivienda, composición del hogar, educación y ocupación de los miembros del hogar. Como base se tomaron las preguntas de la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2013⁸; además, se incluyeron las preguntas necesarias para calcular el índice de pobreza multidimensional, un indicador que refleja la privación de los hogares en distintas dimensiones y permite observar patrones de pobreza distintos de la pobreza monetaria⁹.

El segundo grupo de preguntas se aplicó solo a los sujetos seleccionados aleatoriamente dentro del hogar. Este profundiza en características de etnia¹⁰, educación, condiciones de trabajo y percepción de seguridad¹¹. La redacción de las preguntas se modificó para el grupo de 7-11 años y algunas preguntas que no eran pertinentes para la edad fueron eliminadas.

Cribado de demencias (criterio de exclusión)

Varias de las preguntas de la valoración de salud y enfermedades mentales requieren la capacidad de recordar información sobre situaciones pasadas. Por este motivo se escogió el *Mini-Mental State Examination* (MMSE) modificado como instrumento de cribado de demencia en la población de 65 o más años. Esta herramienta se ha usado en varios estudios poblacionales^{12,13}, modificada para facilitar el uso en investigación de únicamente 6 preguntas del cuestionario original. El MMSE da como resultado una puntuación que se consideró positiva para demencia si era ≤ 13 puntos¹⁴.

Salud mental

Este componente contempla la salud mental bajo el concepto de sanitas, o sea, el de las posibilidades y los recursos psicológicos y sociales para el funcionamiento y el bienestar cotidiano, incluidos las vicisitudes y los sufrimientos habituales del curso vital, y para afrontar situaciones de gran tensión emocional, lo que lo diferencia de los problemas y trastornos mentales. Esta parte se derivó de una revisión teórica acerca del tema, en la que se usaron múltiples encuestas y escalas que se presentan en otro artículo.

Disfunción familiar

Se utilizó el *Apgar familiar*¹⁵, traducido y validado en Colombia, que explora la funcionalidad familiar en adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso¹⁶.

Cognición social

Estudia cómo comprendemos, recordamos y predecimos la conducta social de otras personas, además de cómo se elaboran juicios e inferencias a partir de conductas percibidas en los demás frente a diferentes situaciones¹⁷. Se incluyó este tópico en la ENSM 2015 como un tema novedoso, considerando que su análisis permitirá relacionar temas de salud

mental, problemas y trastornos mentales y una primera caracterización poblacional de los temas indagados. Se evaluaron las funciones ejecutivas por medio del INECO-FS y planeación de historietas¹⁷, el reconocimiento de emociones por medio de las imágenes de Ekman¹⁸ y la empatía por el *Empathy for Pain Task* (EPT)¹⁹ con un cuestionario que incluyera todos estos componentes, aunque más cortos. Al realizar la interpretación de los hallazgos, hay que tener en cuenta que, aunque estos se han evaluado en condiciones clínicas con correlaciones neurofisiológicas en las que personas con diferentes enfermedades —como trastorno afectivo bipolar, esquizofrenia o demencia— presentan alteraciones en estos dominios, no hay una evaluación de este constructo^{19,20}.

Salud mental y sufrimiento emocional

Se indagó por medio de una encuesta los eventos vitales estresantes actuales y durante la infancia, las actitudes ante la violencia, las experiencias tempranas y actuales de violencia psíquica (pareja y en el hogar), sexual, física, y en el marco del conflicto armado, tanto individuales, del hogar y de la comunidad, sobre situación de desplazamiento y pérdidas sufridas, reacciones y recursos para su trámite y superación, que fueron adaptadas de varios cuestionarios²⁰⁻²⁵.

Problemas mentales

Con el fin de describir situaciones de quienes presentarían condiciones de riesgo para la salud mental, en los niños se utilizaron el cuestionario de reporte para niños (RQC), desarrollado por la OMS, que tiene buenas propiedades en cuanto a sensibilidad y especificidad y permite señalar y describir la magnitud del problema^{26,27}, algunos síntomas de la lista de conductas de los niños (CBCL-P) del Cuestionario Breve de Tamizaje y Diagnóstico (CBTD)^{28,29} y otros basados en la experiencia de los grupo de investigadores.

Por otra parte, en adolescentes y adultos, se utilizó el cuestionario autoaplicable (SRQ), también desarrollado por la OMS, que señala probable enfermedad mental sin esbozar el diagnóstico, lo cual nos permite situar el problema en salud mental sin invocar el diagnóstico de trastornos³⁰.

Síntomas de anorexia y bulimia

Para tener un acercamiento a la percepción de la imagen corporal, el control del peso y el malestar que este pueda generar, se consideró aplicar algunas preguntas significativas del cuestionario EAT³¹, que evalúa globalmente este problema, y del cuestionario BUILT, que indaga sobre bulimia^{32,33}, sin considerar tener instrumentos diagnósticos.

Patrones de uso de alcohol

Dado que existen herramientas más cortas que el cuestionario relacionado con consumo de alcohol y ampliamente usadas, se incluyó el cuestionario de identificación de los trastornos debidos al consumo de alcohol (AUDIT), creado por la OMS y recomendado en la Guía de Práctica Clínica para Colombia sobre Intoxicación Aguda por Alcohol, que tiene como objetivo identificar a personas con consumo excesivo de alcohol mediante 3 preguntas de cribado (AUDIT-C), y con un puntuación ≥ 4 se realiza el cuestionario completo, que contiene 10 preguntas en 3 dominios, AUDIT-A³⁴.

Consumo de sustancias psicoactivas

Puesto que en el país se desarrolla una encuesta específica sobre el consumo de sustancias psicoactivas, en la ENSM 2015 se decidió realizar una aproximación somera creando un encuesta basada en una adaptación breve de la prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST) de la OMS para detectar a personas con uso nocivo o dependencia³⁵.

Reacciones a sucesos traumáticos

Anticipando que la necesidad es reconocer síntomas y malestar desencadenados por experiencias traumáticas, y teniendo en cuenta la recomendación de expertos y la evidencia de que esta enfermedad tiene baja prevalencia en las encuestas poblacionales (1,3%)^{36,37}, se consideró más importante determinar la presencia de síntomas y no el diagnóstico clínico, por lo que se diseñó una encuesta tomando como herramientas las ya disponibles³⁸. Se usó como base la lista de comprobación de trastorno por estrés postraumático, versión para civiles (PCL-C), que indaga sobre los 4 dominios sintomáticos de este trastorno³⁹; para las personas de 12 o más años, se mantuvieron las mismas preguntas relacionadas con síntomas y el algoritmo diagnóstico recomendado⁴⁰, pero se clarificó el marco de respuesta cualitativo (mucho, poco, etc.) y temporal de 1 mes, a uno más objetivable al preguntar por estos en los últimos 12 meses y su frecuencia cuantitativa: diariamente, 2-6 veces a la semana, al menos cada semana, 1-3 veces al mes y menos de 1 vez al mes; el síntoma se califica como presente si la persona lo reporta por lo menos cada semana. Para niños entre 7 y 11 años, además se incluyeron 2 preguntas tomadas de la entrevista diagnóstica de este trastorno basadas en el DSM-IV para niños y adolescentes⁴¹, relacionadas con reviviscencias en el juego y sentimientos de culpa.

Trastornos mentales

Se tuvo en cuenta para la ENSM las enfermedades mentales con mayores prevalencia y relevancia para salud pública en los grupos de niños, adolescentes, adultos y adultos mayores, de acuerdo con los lineamientos actuales de la OMS y el consenso de expertos^{3,4,6}.

En niños se evaluaron el trastorno de ansiedad por separación, el trastorno de pánico, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno depresivo mayor, el trastorno opoisionista desafiante, el trastorno por déficit de atención e hiperactividad y el trastorno de conducta a través de la entrevista diagnóstica estructurada, versión para padres (DISC IV-P 3.0.1) y la comorbilidad con condiciones crónicas.

Para adolescentes y adultos se evaluaron el trastorno depresivo, el trastorno afectivo bipolar, el trastorno de ansiedad generalizada, el trastorno de pánico, la fobia social, la conducta suicida y el cribado de personalidad (solo para adultos) por medio de la entrevista diagnóstica internacional compuesta asistida por computador (CIDI-CAPI 3.0)

Acceso a servicios de salud mental

Se diseñó el cuestionario teniendo en cuenta el contexto social, con base en las variables consideradas en encuestas nacionales (p. ej., Encuesta Nacional de Salud, Encuesta de Hogares) y la experiencia de grupos que han trabajado en este

tema. Se evaluó la oportunidad, el acceso a servicios, barreras y continuidad de seguimiento.

Valoración de los estados de salud

La valoración del estado de salud refleja la percepción que tiene el individuo de su calidad de vida relacionada con la salud⁴²; se utilizó el EQ5D-3L que mide el estado de salud a partir de 5 dimensiones (movilidad, autocuidado, actividades usuales, dolor-malestar, ansiedad y depresión) o como una puntuación total que se genera por la valoración que los individuos hacen del estado de salud en una escala visual analógica^{43,44}. Además se valoró un grupo de estados de salud en condiciones de incertidumbre utilizando el método *time-trade-off*, con el fin de estimar las preferencias en salud. Se usó la versión validada al castellano⁴⁵.

Responsabilidades éticas

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

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

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

Financiación

Este estudio está financiado por COLCIENCIAS y el Ministerio de Salud y Protección Social bajo la invitación para presentar propuesta para ejecutar la Encuesta Nacional de Salud Mental «ENSM»; contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Los autores declaran no tener ningún tipo de conflicto de intereses con relación a este estudio.

Agradecimientos

Agradecemos a todos los investigadores que aportaron para construir los formularios la implementación y corrección, especialmente a Carolina Ardila, María Ximena Rojas, Lina María González, Diana Matallana, Jorge McDouall, Andrea Rodríguez, Herney Rengifo, Nubia Bautista, Luisa Cabezas, Fabián Gil, Martín Rondón y Sandra Ramírez.

BIBLIOGRAFÍA

1. Posada J, Torres Y, Calderón H, Rojád M. Estudio nacional de salud mental y consumo de sustancias psicoactivas Colombia, 1993 [Internet]. Bogotá: Carrera Séptima Ltda; 1994.

- Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf
2. Urrego D, Cocoma J. Por la salud mental. *Rev Salud Pública*. 1991;1.
 3. 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_Estudio NacionalSM2003.pdf
 4. Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291:2581-90.
 5. Kessler RC, Ustun TB. The WHO World Mental Health Surveys: global perspectives on the epidemiology of mental disorders. 1.^a ed. Cambridge, Geneva: Cambridge University Press; 2008.
 6. Kessler RC, Ustun TB. The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI). *Int J Methods Psychiatr Res*. 2004;13:93-121.
 7. Switzer GE, Wisniewski SR, Belle SH, Dew MA, Schultz R. Selecting, developing, and evaluating research instruments. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 1999;34:399-409.
 8. Gran Encuesta Integrada de Hogares —GEIH— 2013 [Internet]. Bogotá: Dirección de Metodología y Producción Estadística (DIMPE); 2014 [citado 13 Nov 2015]. Disponible en: <file:///D:/Perfil/Descargas/ddi-documentation-spanish-68.pdf>.
 9. Metodologías oficiales y arreglos institucionales para la medición de la pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social, PND; 2012.
 10. DANE. La visibilización estadística de los grupos étnicos colombianos [Internet]. Disponible en: https://www.dane.gov.co/files/censo2005/etnia/sys/visibilidad_estadistica_etnicos.pdf
 11. Kessler RC, Barber C, Beck A, Berglund P, Cleary PD, McKenas D, et al. The World Health Organization Health and Work Performance Questionnaire (HPQ). *J Occup Environ Med Am Coll Occup Environ Med*. 2003;45:156-74.
 12. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. «Mini-mental state». A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. *J Psychiatr Res*. 1975;12:189-98.
 13. O'Bryant SE, Humphreys JD, Smith GE, Ivnik RJ, Graff-Radford NR, Petersen RC, et al. Detecting dementia with the Mini-Mental State Examination (MMSE) in highly educated individuals. *Arch Neurol*. 2008;65:963-7.
 14. Quiroga LP, Albala BC, Klaasen PG. Validación de un test de tamizaje para el diagnóstico de demencia asociada a edad, en Chile. *Rev Med Chile*. 2004;132:467-78.
 15. Milkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
 16. Ariza LMF, Durán MCA, Cubillos ZJD, Arias AC. Consistencia interna y análisis de factores de la escala APGAR para evaluar el funcionamiento familiar en estudiantes de básica secundaria. *Rev Colomb Psiquiatr*. 2006;35:23-9.
 17. Moreira HS, Lima CF, Vicente SG. Examining executive dysfunction with the Institute of Cognitive Neurology (INECO) Frontal Screening (IFS): normative values from a healthy sample and clinical utility in Alzheimer's disease. *JAD*. 2014.
 18. Friesen WV. Unmasking the face. *Malor Books*. 2009:212.
 19. Baez S, Manes F, Huepe D, Torralva T, Fiorentino N, Richter F, et al. Primary empathy deficits in frontotemporal dementia. *Front Aging Neurosci*. 2014;6:262.
 20. Ministerio de Educación Pública, Costa Rica. Protocolo específico sobre Violencia Física, psicológica y sexual en centros educativos [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.mep.go.cr/sites/default/files/page/adjuntos/violencia_0.pdf
 21. Ministerio de Salud y Protección Social. Resolución 0459, por la cual se adopta el protocolo y Modelo de Atención Integral para Víctimas de Violencia Sexual. [Internet]. 2012. Disponible en: http://www.minsalud.gov.co/Normatividad_Nuevo/Resoluci%C3%B3n%200459%20de%202012.pdf
 22. Alvarado G, Salvador J, Estrada S, Terrones A. Prevalencia de violencia doméstica en la ciudad de Durango [Internet]. *Salud Pública de México*. 1998 [citado 19 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10640604>
 23. Valdez R, Medina MCH, De Snyder VNS, Rivera LR, Burgos LA, Rojas R. Escala de violencia e índice de severidad: una propuesta metodológica para medir la violencia de pareja en mujeres mexicanas [Internet]. *Salud Pública de México*. 2006 [citado 19 Oct 2015]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=10604802>
 24. Suarez Cuba ÁM. La importancia del análisis de los acontecimientos vitales estresantes en la práctica clínica. *Rev Médica Paz*. 2010;16:58-62.
 25. Moya A. ¿Pueden la violencia y los trastornos mentales condonar a la población desplazada a una situación de pobreza crónica? 2014:1-43.
 26. Giel R, De Arango MV, Climent CE, Harding TW, Ibrahim HH, Ladrado-Ignacio L, et al. Childhood mental disorders in primary health care: results of observations in four developing countries. A report from the WHO collaborative Study on Strategies for Extending Mental Health Care. *Pediatrics*. 1981;68:677-83.
 27. Climent C, Arango MV. Manual de psiquiatría para trabajadores de atención primaria. 1.^a ed. Washington: OPS; 1983.
 28. Achenbach T. Manual for the child: behavior checklist and revised child behavior profile. Burlington: University of Vermont/Department of Psychiatry; 1983.
 29. Caraveo Anduaga JJ. Cuestionario breve de tamizaje y diagnóstico de problemas de salud mental en niños y adolescentes: confiabilidad, estandarización y validez de construcción. Primera parte. *Salud Ment*. 2006;29:64-72.
 30. Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10:177-88.
 31. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med*. 1979;9:273-9.
 32. McCarthy DM, Simmons JR, Smith GT, Tomlinson KL, Hill KK. Reliability, stability, and factor structure of the Bulimia Test-Revised and Eating Disorder Inventory-2 scales in adolescence. *Assessment*. 2002;9:382-9.
 33. Berrios-Hernandez MN, Rodríguez-Ruiz S, Perez M, Gleaves DH, Maysonet M, Cepeda-Benito A. Cross-cultural assessment of eating disorders: psychometric properties of a Spanish version of the Bulimia Test-Revised. *Eur Eat Disord Rev*. 2007;15:418-24.
 34. Guía de práctica clínica para la detección temprana, diagnóstico y tratamiento de la fase aguda de intoxicación de pacientes con abuso o dependencia del alcohol- 2013. Guía N° 23 [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Salud y Protección Social de la República de Colombia, COLCIENCIAS, Centro Nacional de Investigación en Evidencia y Tecnologías en Salud CINETS; 2013. Disponible en: <http://gpc.minsalud.gov.co/Documents/Guias-PDF-Recursos/OH/GPC.Completa.OH.pdf>
 35. OPS, OMS. La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria [Internet]. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2011. Disponible en: <http://www.eutimia.com/ops/>
 36. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Merikangas KR, Walters EE. Prevalence, severity, and comorbidity of 12-month DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Arch Gen Psychiatry*. 2005;62:617-27.

37. Galea S, Nandi A, Vlahov D. The epidemiology of post-traumatic stress disorder after disasters. *Epidemiol Rev.* 2005;27:78-91.
38. Wilson J, Keane T. *Assessing psychological trauma and PTSD.* 2.^a ed. New York: Guilford Press; 2004.
39. Wilkins KC, Lang AJ, Norman SB. Synthesis of the psychometric properties of the PTSD Checklist (PCL) military, civilian, and specific versions. *Depress Anxiety.* 2011;28:596-606.
40. Veterans Affairs UD. PTSD CheckList-Civilian Version (PCL-C) [Internet]. 1994. Disponible en: <http://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3.PTSD.CheckList.and.Scoring.pdf>
41. National Center for PTSD, UCLA TPP collaboration. Clinician-administered ptsd scale for children and adolescents for (DSM-IV) [Internet]. 1998. Disponible en: <http://www.ptsd.va.gov/professional/assessment/child/caps-ca.asp>
42. Rabin R, De Charro F. EQ-5D: a measure of health status from the EuroQol Group. *Ann Med.* 2001;33:337-43.
43. Sapin C, Fantino B, Nowicki M-L, Kind P. Usefulness of EQ-5D in assessing health status in primary care patients with major depressive disorder. *Health Qual Life Outcomes.* 2004;2:20.
44. Kind P. Using standardised measures of health-related quality of life: critical issues for users and developers. *Qual Life Res Int J.* 2003;12:519-21, discussion 523-5.
45. Herdman M, Badia X, Berra S. El EuroQol-5D: una alternativa sencilla para la medición de la calidad de vida relacionada con la salud en atención primaria. *Aten Primaria.* 2001;28:425-9.
46. Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series; 2013.
47. 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;61:85-93.
48. Resolución 5926 de 2014 por la cual se ajusta el Anexo número 01 de la Resolución número 5521 de 2013. [Internet]. Bogotá: MSPS; 2014 [citado 18 Oct 2015]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/Normatividad.Nuevo/Resolución%205926%20de%202014.pdf>
49. Stahl SM. *Prescriber's Guide Stahl's essential psychopharmacology.* 5.^a ed. Cambridge: Cambridge University Press; 2014.
50. Gusi N, Olivares PR, Rajendram R. The EQ-5D Health-Related Quality of Life Questionnaire. En: Preedy VR, Watson RR, editores. *Handbook of disease burdens and quality of life measures* [Internet]. New York: Springer; 2010. p. 87-99 [citado 19 Jun 2014].
51. Craig BM, Busschbach JJV, Salomon JA. Modeling ranking, time trade-off, and visual analog scale values for EQ-5D health states: a review and comparison of methods. *Med Care.* 2009;47:634-41.