

CrossMark

Artículo original

La construcción de un componente de salud mental para la encuesta nacional. ENSM-2015, Colombia[☆]

Cecilia de Santacruz^a, Nubia Torres^b, Carlos Gómez-Restrepo^{c,*}, Diana Matallana^d y Juan Pablo Borda^e

^a Psicología Comunitaria, Facultad de Medicina, Departamento de Psiquiatría y Salud Mental e Instituto de Envejecimiento, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^b Facultad de Psicología, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^c Epidemiología Clínica, Hospital Universitario San Ignacio, Facultad de Medicina, Departamento de Epidemiología Clínica y Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

^d Neuropsicología, Facultad de Medicina, Instituto de Envejecimiento, Pontificia Universidad Javeriana, Intellectus-Hospital Universitario San Ignacio, Bogotá, Colombia

^e Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 1 de agosto de 2016

On-line el 15 de septiembre de 2016

Palabras clave:

Salud mental

Capital social

Trastornos mentales

R E S U M E N

Introducción: Se ha definido corrientemente la salud mental como la ausencia de trastornos mentales. Para abordarla en el sentido más llano de sanitas, se consideró la necesidad de estructurar para la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 un componente que respondiera a las orientaciones y las particularidades del país.

Objetivo: Describir la estructuración y los contenidos del componente de salud mental de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 para la población colombiana de 7 y más años.

Métodos: Revisión, análisis documental y discusión acerca de conceptos e instrumentos con el equipo responsable de la Encuesta Nacional de Salud Mental de 2015 y otros grupos.

Resultados: Se revisaron 353 documentos, de los que se incluyó el análisis de 180 para este artículo. Se plantea el modelo del componente que, considerando como elemento central la dimensión ética de cuidado en las relaciones, entrecruza dos dimensiones o categorías de indagación: subjetiva-relacional y social-colectiva.

Conclusiones: El componente de salud mental estructurado permite obtener información acerca de toda la población y pensar la salud mental desde la «buena vida» personal y colectiva.

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

[☆] La ENSM-2015 se enmarca en el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud de Colombia, en los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y de la Organización Mundial de la Salud (OMS). La información se recoge de una muestra de tipo probabilístico de más de 15.000 personas (basada en la muestra maestra del mismo Ministerio), estratificada en las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá). Los sujetos —niños, adolescentes y adultos (población civil residente en el área urbana y rural)— se seleccionan con un muestreo polietápico. Los temas a indagar son: aspectos sociodemográficos y determinantes sociales; salud mental; problemas; trastornos mentales; medicamentos y servicios de salud; estados de salud.

* Autor para correspondencia.

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

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.08.001>

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

The Construction of a Mental Health Component for the National Survey: NMHS 2015, Colombia

ABSTRACT

Keywords:

Mental health
Social capital
Mental disorders

Introduction: Usually, mental health has been defined as the absence of mental disorders. In order to approach this concept in a plain sanitas way, it was considered necessary to crosslink a component for the National Mental Health Survey 2015 (NMHS; ENSM for its acronym in Spanish), that would respond to the specific orientation and particularities of the country.

Objective: To describe the structure and contents of the mental health component of the NMHS 2015 for the Colombian population over 7 years of age.

Methods: Review, documentary analysis and discussion regarding the concepts and tools with the team in charge of the NMHS and other groups.

Results: 353 documents were reviewed, and 180 were analyzed and discussed. The component model is presented, considering the ethic dimension of relationship care as a main element; it merges two inquiry dimensions or categories: subjective-relational, and social-collective.

Conclusions: The structured mental health component provides information regarding the entire population. It also allows understanding and approaching the concept of mental health as a personal and collective "good life".

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

Introducción

Resulta paradójico insistir en la inclusión de un componente de salud mental en una encuesta en ese campo pero, aunque la salud mental se ha definido y se ha comprendido de maneras muy distintas, en los estudios epidemiológicos la tendencia es a asimilarla a los trastornos psiquiátricos. Los tópicos de salud mental, cuando se contemplan, se consideran desde la óptica de factores de riesgo o de protección contra la enfermedad o asociados con su aparición y evolución. De hecho, el instrumento común para la realización de tales estudios es la Entrevista diagnóstica internacional compuesta (WHO-CIDI), con los criterios de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10) y del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV)¹, y la Encuesta Mundial de Salud Mental (WMH) se ha definido como una serie coordinada de estudios epidemiológicos psiquiátricos en distintos países².

Esta serie de estudios e iniciativas internacionales, en los cuales Colombia participó con la ENSM-2003, parten de una concepción categórica (enfermedad-sin enfermedad) y privilegia la indagación de los trastornos mentales dejando de lado la valoración y la comprensión de la salud mental y los llamados problemas mentales generadores de dificultades, dolor y/o sufrimiento emocional.

Esa perspectiva usada comúnmente reduce la información obtenida a un grupo, el que presenta problemas o trastornos mentales, dejando de lado al resto de la población (e incluso a las personas de ese grupo cuando no se las totaliza e identifica con su enfermedad o con su síntoma); limita la aproximación a las condiciones socioculturales, a las especificidades contextuales, y conlleva implicaciones en

las maneras de comprender y estructurar las situaciones, los problemas y las intervenciones, en la determinación de políticas y programas, en la destinación de recursos, en la capacitación y formación, los servicios y el tipo de prestaciones consideradas, pues su mensaje orienta hacia el diagnóstico y el tratamiento sobre la promoción y la preventión.

Dado que en Colombia hoy la salud mental se asocia con el despliegue de recursos individuales y colectivos, con las relaciones significativas y las contribuciones comunitarias³, asimismo con la convivencia, la solidaridad, la participación en el logro de acuerdos y con enfoques de determinantes sociales de la salud y de derechos⁴, se consideró la necesidad de estructurar un componente para la ENSM-2015 que respondiera a tales orientaciones y las particularidades del momento que demandan la contribución de la salud mental pública en los cambios sociales, culturales y políticos que empiezan a ocurrir en el país.

Con esto en mente, el objetivo del presente artículo es describir la estructuración y los contenidos del componente de salud mental de la ENSM-2015 para la población colombiana de 7 y más años.

Métodos

La metodología conjugó la revisión, el análisis documental y la discusión con el equipo responsable de la ENSM sobre los planteamientos conceptuales y los instrumentos a utilizar (parte de estos, construidos o ajustados a partir de algunos existentes), con la idea de que reflejaran las dimensiones de la conceptualización teórica buscando su validez⁵.

Para la recuperación de información, se llevó a cabo una búsqueda en bases de datos especializadas (PubMed y EbscoHost), así como en documentos físicos, utilizando para ello términos (palabras clave y relacionadas): "salud mental" y: "evaluación", "instrumentos evaluación", "medición", "técnicas evaluación", "criterios", "estudios epidemiológicos", "estudios poblacionales", "estudios/investigaciones nacionales", "evaluación salud mental pública". Esta búsqueda incluyó temas específicos que hacen parte del componente: "salud mental" y: "cognición social", "capital social", "sufrimiento emocional", "violencias", "desplazamiento forzado", "resiliencia" y términos relacionados o complementarios.

El equipo de trabajo para la discusión de las propuestas estaba conformado por investigadores, expertos temáticos y en la elaboración de encuestas; participaron también funcionarios delegados por el Ministerio de Salud y Protección Social y del Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación-COLCIENCIAS. Además, se llevaron a cabo reuniones de socialización con distintos grupos académicos y sociales. Posteriormente, la encuesta en su versión inicial, incluyendo el componente de salud mental estructurado, se sometió a prueba y se ajustó teniendo en cuenta los comentarios de los grupos de expertos y los resultados de las pruebas piloto que se realizaron para la encuesta.

Una primera revisión de los documentos acopiados permitió descartar aquellos que desde el título se referían a trastornos mentales; los restantes se organizaron en cuatro grupos, así:

1. Descriptivos de enfoques, instrumentos de evaluación o de resultados de su aplicación.
2. Estudios poblacionales, epidemiológicos o comentarios en torno a ellos.
3. Teórico/conceptuales acerca de la salud mental.
4. Temas específicos y complementarios del componente.

Se llevó a cabo una segunda revisión, durante la cual se descartaron otros textos a partir de la saturación teórica, pues eran repetitivos o se contaba con información suficiente para el objeto del estudio. Este paso dejó para el análisis final un total de 353 documentos. Con los seleccionados, se llevó a cabo un proceso analítico-sintético de los contenidos y posteriormente la integración y la interpretación.

Resultados del análisis documental

El análisis, atendiendo al propósito del componente a estructurar, clasificó los contenidos de los documentos para los tres primeros grupos, así: énfasis en problemas, dificultades o trastornos mentales, e interés en salud mental, incluyendo en cada uno las críticas a tales enfoques. De esos 180 documentos, se presenta en las tablas al final del documento un resumen de los hallazgos según categorías y subcategorías de análisis buscando dar cuenta del trabajo de investigación, pero su exposición pormenorizada trasciende el objetivo del artículo. Además, se anota la numeración con la cual puede ubicarse en los listados consignados al final toda la bibliografía revisada.

Discusión

Al analizar los 180 documentos centrales, dos resultados son llamativos a simple vista: el primero, la gran cantidad de instrumentos y propuestas que aparecen bajo la denominación general de «evaluación en salud mental»; algunos sitios web se refieren a 800 o más de 1.100, por ejemplo. El segundo es que buena parte se dedica a la detección de problemas, trastornos o riesgos, lo que coincide con la afirmación de Lluch⁶: «En definitiva, la recopilación, que hemos realizado, de los instrumentos elaborados para evaluar la salud mental, muestra que la mayoría de escalas están diseñadas básicamente para detectar ausencia/presencia de enfermedad. Paradójicamente, esta concepción negativa de la salud se refleja incluso en los cuestionarios que manejan conceptos positivos».

Esto es evidente en los estudios epidemiológicos o poblacionales, pues es frecuente que el título del documento incluya el término «salud mental» en tanto las palabras iniciales de la exposición sean «... los trastornos mentales...».

En cuanto a los contenidos en esos documentos, se destaca la descripción de prevalencias de los trastornos mentales y su atención, aunque es posible encontrar señalamientos acerca de la importancia de abordar variables sociales, culturales y otros determinantes sociales mediante un análisis con enfoque diferencial que apunte a las desigualdades y la inequidad, también en lo que respecta a los servicios. También recomendaciones para fortalecer el muestreo y las valoraciones, y subsanar el escaso o nulo impacto de los resultados de los estudios en los servicios, su distancia con la clínica y con la formación. Sin embargo, la conexión de todos estos elementos se lleva a cabo con las entidades psiquiátricas, sobre todo con las predominantes más fáciles de estudiar en el sentido de sea factible por su prevalencia o de recibir apoyos financieros por su importancia, que habitualmente tiene que ver con la frecuencia observada.

En Colombia los tres estudios nacionales previos⁷⁻⁹ (1993, 1997 y 2003) asumieron la perspectiva mencionada. Así, los diagnósticos de la situación de salud mental realizados en el país tienen una fundamentación positivista, y la salud mental se ha definido como la ausencia de enfermedad, aunque no se explice esa postura o se parte de otras distintas, dejando sin explorar indicadores positivos, procesos sociales y condiciones de vida o de trabajo histórico-sociales¹⁰.

Aunque a la par con los textos anteriores se encuentran algunos con posturas críticas que propugnan por la consideración de las condiciones políticas y socioeconómicas, el impacto de la precarización de la vida, el papel de los procesos macrocontextuales, ecológicos y sistémicos en la determinación del padecer e identifican una tendencia a la medicalización, es claro que la pretensión de incluir otros aspectos termina siendo una aspiración que se diluye a la hora de evaluar. Esto porque la epidemiología en salud mental utiliza un objeto de estudio definido desde otra disciplina, la clínica psiquiátrica, cuya nosografía asume la enfermedad como entidad natural derivada de una causalidad mecánica primordialmente biológica, con lo cual limita la producción de nuevos conocimientos, las comprensiones y explicaciones de los problemas e impide «[...] problematizar en el campo epidemiológico los complejos procesos sociales e históricos que

determinan formas singulares y colectivas diferenciadas de vivir, padecer y enfermar»¹¹.

Tales cuestionamientos son corrientes en los documentos conceptuales que se ocupan de los problemas y trastornos mentales, planteando una patologización de las conductas cotidianas, con posiciones que llegan a describir tales enfoques como otras versiones del colonialismo y del patriarcalismo, particularmente ante el movimiento de Salud Mental Global, cuya pretensión es universalizar los servicios a los problemas y trastornos mentales y a la discapacidad psicosocial, con intenciones no explícitas políticas y económicas de mercantilización y/o de privilegiar cierto tipo de pensamiento que es más fácil de comprender a la luz de los conocimientos que se tienen.

Pero son frecuentes las propuestas de comprensiones contextualizadas en la vida contemporánea, con la descripción de nuevas afecciones y dificultades: narcisismo, miedo a la libertad y a los otros, fundamentalismo, adicciones a drogas y al juego, trastornos de la imagen corporal, asociados con la violencia y la pobreza, con las migraciones, con el uso compulsivo de computadores y otros dispositivos. Hablan asimismo de maneras distintas para calificar las conductas actuales en términos de formas de sufrimiento, padecimiento y malestar psíquico o social.

El interés por la salud mental aparece en pocos documentos epidemiológicos traducido en funcionamiento psicológico positivo, ecología social y física del entorno o adaptación satisfactoria; apreciaciones comunes a la gran mayoría de lo expuesto en los otros grupos, con predominio de la inscripción en el marco de la psicología o de la salud mental «positivas», aportando una serie considerable de facetas que tocan con todas las posibilidades loables de la conducta humana. El bienestar y la felicidad son tal vez de los conceptos más destacados desde dos aproximaciones: una hedónica (placer, afectos y emociones positivas y ausencia de las negativas, satisfacción vital, etc.) y otra eudaimónica (pleno desarrollo y funcionamiento psicológico, autorrealización, metas y fortalezas); se ha intentado explicar desde distintos modelos los nexos con la salud, la recuperación de problemas físicos e incluso con la expectativa de vida¹².

Otros constructos conceden un peso importante a las dimensiones sociales, en términos de, por ejemplo, competencias y habilidades, sentido de pertenencia, lazos sociales, confianza, acción y aporte social. Algunos más ponen el acento en formas distintas de las relaciones y promueven las armoniosas y señalan la superposición entre el individuo y los grupos sociales o su incidencia en las posibilidades de humanización.

Menos corrientes son las alusiones al malestar emocional, al sufrimiento, haciendo parte de la salud mental; con frecuencia aparecen bajo la figura del estrés normal de la vida, cuyo afrontamiento facilita el bienestar psicológico, o de capacidades diversas que permiten aprender a protegerse, sobrevivir y generar fortalezas personales aun en situaciones de pérdidas, conflictos y enfermedades. O capacidad de vivir y de sufrir en un entorno específico. Tiene cabida aquí la noción de resiliencia, es decir de resistencia, fortaleza y crecimiento ante o a pesar de las adversidades.

Más escasas aún son las aproximaciones a la contribución comunitaria o las opciones de modificación del entorno y de

las condiciones de vida con el carácter de una práctica social transformadora de la realidad y el reconocimiento de la determinación sociohistórica.

Sin embargo, se critica de esos enfoques predominantes que acojan valores de la cultura occidental: individualismo liberal, cierto narcisismo, un afán obsesivo por la autorrealización y una actitud perfeccionista de la vida, así como de la neurologización y biologización de la psicología¹³. Además, su énfasis en la comodidad y en la supresión de los afectos dolorosos, tristes o desagradables olvida la función de los conflictos y la frustración en el desarrollo de la capacidad de simbolización y de integración «[...] de las distintas y contradictorias facetas de uno mismo y de los demás»¹⁴.

En resumen, se aprecia en torno a la concepción de salud mental la supremacía de los valores, las capacidades y las responsabilidades individuales (no en vano «auto» es el prefijo que se liga muchos de los comportamientos deseables), por lo que el asunto de las interacciones humanas se circunscribe a las relaciones interpersonales habituales, tangenciales y transitorias, y no a la construcción de la vida colectiva; igualmente, las alusiones al ambiente tocan los ámbitos cotidianos de la escuela, la calle y el trabajo, sin que en estos se reflejen las diferencias inequitativas derivadas de los modos y las condiciones de vida, el contradictorio y exigente discurrir contemporáneo, las particularidades de contextos marcados por la marginalidad, la exclusión y las violencias, como tampoco el papel de la salud mental en su modificación. De allí que, sin descuidar la valoración imprescindible de la condición individual, resulten de especial interés para la estructuración del componente de salud mental de la ENSM las pocas definiciones que llenan de manera contrastante tales vacíos, que aluden por otra parte a la construcción de mentalidades y subjetividades altamente determinadas por las condiciones contextuales y las relaciones intersubjetivas, que crean formas valorativas, asociativas y de legitimación de conductas y acciones que no se reducen a decisiones individuales.

En este orden de ideas, la política nacional vigente ve en la salud mental la capacidad individual y colectiva para el logro de la justicia, el bien común, la interacción humana y con el medio ambiente y la promoción del bienestar subjetivo y de potencialidades psicológicas¹⁵. Una propuesta posterior introduce cambios a los supuestos tradicionales al pensar la salud y la enfermedad como manifestaciones distintas y no contrarias, ubicarla en el ámbito colectivo y destacar su poder de transformar las condiciones de vida e incrementar el capital global (símmbólico, cultural, social y económico)¹⁶.

La Ley 1616 de 2013 prioriza la salud mental positiva, reitera lo concerniente a la interacción y el despliegue de recursos, añade el calificativo de significativas a las relaciones y las ideas de trabajar y contribuir a la comunidad, inscrita en la vida cotidiana, en la mejora de su calidad, en tanto bien de interés público y esencial del bienestar³. En el Plan Decenal de Salud Pública se la asocia con la convivencia, las relaciones sociales, el sentido de pertenencia, el reconocimiento de la diferencia, la participación, el ejercicio de los derechos, el bien común y el desarrollo humano y social⁴. La última propuesta de actualización de la política nacional reitera su faceta positiva y aporta nuevos indicadores, entre ellos los de cohesión y coherencia sociales, participación, relaciones socioafectivas, oportunidades de crecimiento personal, felicidad y satisfacción con la

vida. Afirma que los determinantes más relevantes de la situación de salud mental de las comunidades son las condiciones sociales, políticas y económicas¹⁷.

El componente de salud mental de la ENSM-2015

Con base en lo expuesto, este componente considera la salud mental en su sentido más llano, el de *sanitas*, o sea, el de las posibilidades y recursos psicológicos y sociales para el funcionamiento dentro de las vicisitudes y sufrimientos cotidianos actuales y los referidos al curso vital, para afrontar situaciones de gran tensión emocional diferenciándola de los problemas y trastornos psiquiátricos con los cuales generalmente es suplantada.

Considera como elemento central la dimensión ética, de cuidado en las relaciones, la exploración de la capacidad de reconocimiento del otro y de cierta responsabilidad hacia los demás y hacia el entorno. Así, el componente configura un modelo que entrecruza dos dimensiones o categorías de indagación: subjetiva-relacional (la experiencia tal y como es vivida por cada persona en relación con los otros y consigo, las interpretaciones y los valores que pueden emergir o no en el mundo personal-relacional) y social-colectiva (rodea y hace parte de la experiencia particular, enmarcándola; momentos de consenso e inclusión sin eliminar la pluralidad, construye formas de pertenencia y sentido para todos los que forman parte de este proceso).

La consideración de las particularidades presiona por averiguar si los valores sociales a los que se está haciendo mención se mantienen o, por el contrario, se han desdibujado por las condiciones de conflicto y guerra interna, unidas a situaciones estructurales de inequidad y pobreza que, si bien crean estrategias para seguir viviendo, dan lugar de manera simultánea a formas de supervivencia extrema con heridas psicológicas y físicas que demandan atención y requieren acciones para sanarlas, tanto individual como colectivamente, a través de apuestas que propendan a la construcción de lo que puede llamarse lo colectivo, en tanto su sentido de fuerza y valor.

De las categorías o dimensiones y su contextualización se derivan los temas considerados para la investigación (según se aprecia en la *fig. 1*).

Los temas mencionados, que conjugan distintas aproximaciones teóricas, se describen enseguida, al igual que los aspectos para averiguar en cada uno.

Dimensión subjetiva-relacional

Estar bien individual y colectivo, asunto de relaciones

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) ataúnen a la naturalización de formas de relacionarse basadas en la dominación, la explotación o la tortura, en la incapacidad de pensar, de cambiar el pensamiento y la acción.

Temas o aspectos examinados: elementos que definen la salud mental, valoración de la propia y del bienestar subjetivo (felicidad). Autopercepción de conductas. Satisfacción en las relaciones con familia, pareja, amigos, compañeros de trabajo

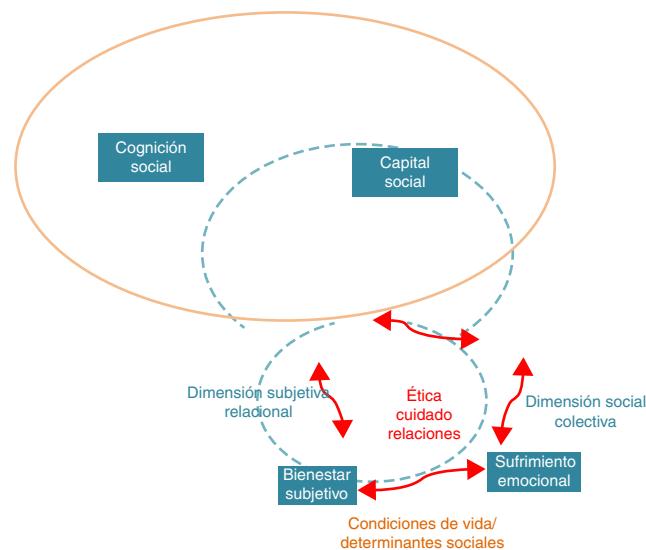


Figura 1 – Modelo del componente de salud mental de la ENSM 2015.

y de estudio, jefes, maestros. Apreciaciones acerca del hogar, barrio, trabajo, escuela, localidad, país.

Cognición social y reconocimiento de otros

La cognición social, entonces, es la disciplina que se ocupa del estudio del 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 influyen en dichos procesos la presencia de los otros (de manera implícita o explícita), nuestra motivación y nuestro estado emocional en cada situación concreta.

Temas o aspectos examinados: funciones ejecutivas, comprensión abstracta verbal y no verbal, resolución de problemas tipo metas y objetivos, reconocimiento de emociones, juicio y empatía en situaciones de daño accidental o intencional y sentimientos involucrados en las acciones representadas, así como sus posibles sanciones.

Dimensión social-colectiva

Apoyo, familia y capital social

El capital social en su sentido más amplio incluye a la familia, las redes de apoyo social, los recursos locales, las formas de relación entre el Estado y la sociedad, el marco institucional formal, las normas sociales y los valores. En cuanto a la familia, debe considerarse su capacidad para cumplir con las funciones de protección y cuidado, especialmente con la marcada ausencia de la figura paterna y/o de sus funciones.

Temas o aspectos examinados: confianza y solidaridad, transferencias y fuentes de apoyo; papel de la religión. Participación en grupos y actividades comunitarias. Funcionalidad familiar (adaptabilidad, cooperación, desarrollo, afectividad, capacidad de resolución y compromiso, Apgar familiar). Cuidado y estimación en las interacciones con los hijos o niños a

su cargo. Exclusión y discriminación. Percepción de la seguridad del entorno, condiciones para la paz.

Salud mental y sufrimiento emocional

El sufrimiento cumple funciones de movilización o de inmovilidad y depende de muchos factores (apoyos, recursos internos y externos, contexto, origen, intensidad y duración). Si puede ser contenido y transformado, es posible aprender de las experiencias. Si, por el contrario, es insoportable e impensable, puede dar lugar a estados de desmentalización transitorios o estables. También, a mecanismos de sobrevivencia contrastantes con los valores y principios culturales y éticos de las condiciones de estabilidad y armonía.

Temas o aspectos examinados: eventos críticos o vitales estresantes (excluida la violencia directa) en el último año y durante la infancia. Violencias: actitudes ante la violencia, experiencias tempranas y actuales de violencia interpersonal (intrafamiliar), colectiva social (crimen organizado) y colectiva política (conflicto armado) en su naturaleza física, sexual y psicológica. Situación de desplazamiento, pérdidas sufridas; reacciones y recursos para su trámite y superación.

Conclusiones

Concederle un espacio exclusivo y particular a la salud mental en la ENSM-2015 permitirá, en primer término, incluir de manera explícita y relevante resultados acerca de toda la población y no insistir solo en los concernientes a quienes sufren algún trastorno mental; en esta misma línea, permite identificar necesidades, posibilidades y recursos individuales y colectivos para vivir mejor y para solucionar los problemas que nos aquejan. En segundo lugar, facilita un análisis integral centrado en esta perspectiva saludable, y no a la manera de resultados subsidiarios, cuya razón es la asociación con factores de riesgo o de protección contra la enfermedad. Y en último término, pero tal vez el más importante, permite pensar la salud mental desde la «buena vida» personal y colectiva, que hace énfasis en valorar la salud mental desde criterios éticos que orienten la acción permanente de su promoción y cuidado.

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 es 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.

Conflictos de intereses

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

BIBLIOGRAFÍA

1. Kessler RC, Ustün 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.
2. Posada-Villa José A. La Encuesta Mundial de Salud Mental de la OMS [Internet]. The WHO World Mental Health Survey Consortium. Disponible en: <http://slideplayer.es/slide/4165060/>
3. República de Colombia. Ley 1616 de 2013 Por medio de la cual se dicta la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [Internet]. 2013 [citado 19 Mar 2014]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
4. Ministerio de Salud y Protección Social. Plan Decenal de Salud Pública [Internet]. Disponible en: <http://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/Sistema%20de%20Seguimiento%20y%20Evaluaci%C3%B3n%20del%20Plan%20Decenal%20De%20Salud%20P%C3%ABlica%20-%20PDSP%20Colombia%202012%20-%202021.pdf>
5. Campo-Arias A, Herazo E, Oviedo HC. Análisis de factores: Fundamentos para la evaluación de instrumentos de medición en salud mental. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2012;41:659-71.
6. Lluch Canut MT, Gómez Benito J, Peris Pascual MD, Universitat de Barcelona, Departament de Metodologia de les Ciències del Comportament. Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva [Internet]. Barcelona: Universitat de Barcelona; 2004 [citado 27 May 2015]. Disponible en: <http://www.tdx.cat/TDX-0331104-104403/>
7. Un panorama nacional de la salud y enfermedad mental en Colombia: Informe preliminar. Estudio Nacional de Salud Mental Colombia, 2003 [presentación en ppt]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social; 2003.
8. Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas. Colombia 1993. Bogotá: Ministerio de Salud; 1994.
9. Torres Y, Montoya I. Segundo Estudio de Salud Mental y Consumo de Sustancias Psicoactivas. Bogotá: Ministerio de Salud; 1997.
10. Urrego Z. Reflexiones en torno al análisis de la situación de salud mental en Colombia, 1974-2004. *Rev Colomb Psiquiatr.* 2007;2007.
11. Augsburger AC. La inclusión del sufrimiento psíquico: un desafío para la epidemiología. *Psicol Soc.* 2004;16:71-80.
12. Vázquez C, Hervás G, Rahona JJ, Gómez D. Bienestar psicológico y salud: Aportaciones desde la psicología positiva. *An Psicol Clin Salud.* 2009;5:15-28.

13. Fernández-Ríos L, Comes JM. Una revisión crítica de la historia y situación actual de la psicología positiva. *Anuario Psicol Clin Salud.* 2009;5:7-13.
14. Martínez SC. Los procesos poblacionales y la salud mental de la población. Algunas consideraciones teóricas y metodológicas Trabajo presentado en la X Reunión Nacional de Investigación Demográfica en México. El Colegio de México, México, D.F., noviembre de 2010. Disponible en: http://www.somede.org/documentos/Xreunion/ponencias/J_9.1.pdf
15. Programa Comportamiento Humano. Política Nacional de Salud Mental. Resolución 2358 de 1998. Bogotá: Sect. Dirección General de Promoción y Prevención, Ministerio de Salud y Protección Social; 1998. p. 61.
16. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento-propuesta para discusión y acuerdos [Internet]. Bogotá: Ministerio de la Protección Social, Asociación Colombiana de Psiquiatría; 2007. p. 1-64. Disponible en: <http://psiquiatria.org.co/web/wp-content/uploads/2013/05/Pol%C3%ADtica-Nacional-del-Campo-de-la-Salud-Mental-versi%C3%B3n-final-2.pdf>
17. Parales Quenza CJ, Urrego Mendoza ZC, Herazo Acevedo E, González Cameló FD. Documento propuesta de ajuste de la política nacional de salud mental para Colombia 2014. Documento preliminar, julio de 2014. Disponible en: <http://puj-portal.javeriana.edu.co/portal/pls/portal/docs/1/5304073.PDF>