



REVISTA COLOMBIANA DE PSIQUIATRÍA

www.elsevier.es/rcp



Artículo original

Encuesta Nacional de Salud Mental Colombia 2015. Protocolo del estudio



Carlos Gómez-Restrepo^{a,*}, Cecilia de Santacruz^b, María Nelcy Rodríguez^c,
Viviana Rodríguez^c, Nathalie Tamayo Martínez^c, Diana Matallana^b
y Lina M. Gonzalez^c

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

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

^c Departamento de Epidemiología Clínica y Bioestadística, Facultad de Medicina, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia

INFORMACIÓN DEL ARTÍCULO

Historia del artículo:

Recibido el 20 de noviembre de 2015

Aceptado el 15 de abril de 2016

On-line el 2 de julio de 2016

Palabras clave:

Encuesta nacional

Salud mental

Trastornos mentales

Servicios de salud mental

R E S U M E N

Introducción: La Encuesta Nacional de Salud Mental 2015 (ENSM 2015) es la cuarta que se realiza en el país y se enmarca en el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud de Colombia.

Métodos: Se presenta una descripción narrativa de los antecedentes, los referentes, el proceso de elaboración y las características del protocolo de la ENSM 2015. La ENSM 2015 y el protocolo parten de unos requisitos que dan soporte a las políticas nacionales en salud e internacionales relacionadas con salud mental. Para su elaboración se trabaja junto con el Ministerio de Salud y Protección Social para definir los objetivos, los instrumentos de recolección, la muestra y el plan operativo. Como objetivo principal se definió brindar información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales, la accesibilidad de los servicios y la valoración de estados de salud, de la población colombiana rural y urbana mayor de 7 años de edad, en la que privilegió su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad. Para ello se decidió realizar un estudio observacional de corte transversal en el ámbito nacional, con representatividad nacional, regional y por franjas de edad: 7-11, 12-17 y ≥ 18 años. Las regiones consideradas fueron: Central, Oriental, Atlántica, Pacífica y Bogotá, con un tamaño de muestra total calculado como mínimo de 12.080 sujetos y máximo de 14.496.

Conclusiones: Se presenta un breve resumen del protocolo que puede ser consultado en su totalidad en la página web del MSPS que incluye los instrumentos de recolección.

© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

* Autor para correspondencia.

Correo electrónico: cgomez@javeriana.edu.co (C. Gómez-Restrepo).

<http://dx.doi.org/10.1016/j.rcp.2016.04.007>

0034-7450/© 2016 Publicado por Elsevier España, S.L.U. en nombre de Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Colombia 2015 National Mental Health Survey. Study Protocol

A B S T R A C T

Keywords:

Health surveys
Mental health
Mental disorders
Mental health services

Introduction: The 2015 National Mental Health Survey (NMHS) is the fourth mental survey conducted in Colombia, and is part of the National System of Surveys and Population Studies for health.

Methods: A narrative description is used to explain the background, references, the preparation, and characteristics of the 2015 NMHS. The 2015 NMHS and its protocol emerge from the requirements that support the national and international policies related to mental health. Together with the Ministry of Health and Social Protection, the objectives, the collection tools, the sample, and the operational plan are defined. The main objective was to obtain updated information about the mental health, mental problems and disorders, accessibility to health services, and an evaluation of health conditions. Participants were inhabitants from both urban and rural areas, over 7 years old, and in whom the comprehension of social determinants and equity were privileged. An observational cross-sectional design with national, regional and age group representativity, was used. The age groups selected were 7-11, 12-17, and over 18 years old. The regions considered were Central, Orient, Atlantic, Pacific, and Bogota. The calculated sample had a minimum of 12,080 and a maximum of 14,496 participants.

Conclusions: A brief summary of the protocol of the 2015 NMHS is presented. The full document with all the collection tools can be consulted on the Health Ministry webpage.

© 2016 Published by Elsevier España, S.L.U. on behalf of Asociación Colombiana de Psiquiatría.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define que «una buena salud mental permite a las personas desarrollar su potencial, enfrentarse a las situaciones vitales estresantes, trabajar productivamente y contribuir a la comunidad»¹; sin embargo, esta se puede afectar con problemas y trastornos que se expresan en la relación que tiene el individuo consigo mismo, los demás y su ambiente, lo que genera gran discapacidad y afecta a la calidad de vida. Por esto la OMS ha diseñado la Iniciativa de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), llevada a cabo en veintiocho países de todos los continentes para identificar las dificultades en esta área, cuya información permita tomar acciones locales que disminuyan el malestar y la carga. Esto se ve reflejado en los requerimientos nacionales de dichas encuestas para poder definir y ejecutar políticas públicas de salud mental, lo que el sistema nacional de estudios y encuestas poblacionales para la salud prevé². El objetivo de este artículo es presentar una descripción narrativa de los requerimientos de los que parte y del proceso de elaboración del protocolo de la ENSM 2015.

Antecedentes

La ENSM 2015 es la cuarta que se realiza en el país; las anteriores corresponden a los años 1993, 1997 y 2003. Enmarcada en el Sistema Nacional de Encuestas y estudios poblacionales para salud de Colombia, constituye un soporte del Plan decenal de salud pública (PDSP) 2012-2021³, se acoge a los lineamientos del Ministerio de Salud y Protección Social y a los de la OMS

de vigorizar la capacidad investigadora y obtener información adecuada para adoptar las mejores decisiones.

Para el desarrollo del estudio, a finales de 2013 el Ministerio de Salud y Protección Social y el Departamento Administrativo de Ciencia, Tecnología e Innovación (COLCIENCIAS) invitaron a presentar propuestas para ejecutar la ENSM sobre la base de un protocolo ya existente. Sin embargo, dados los cambios sociales y en las políticas acaecidos desde su elaboración, la Pontificia Universidad Javeriana planteó un protocolo, con el supuesto de que un estudio poblacional en salud mental, más allá de su calidad metodológica y técnica, requiere situarse históricamente y contextualizarse desde sus posibilidades y limitaciones, en un momento coyuntural que demanda ineludible coherencia entre los intereses y resultados de la investigación, buscando el impacto efectivo en la situación a modificar que sobrepasa con creces las de la atención de las personas con trastorno mental, para anticiparse a una situación colectiva de acomodaciones en el país.

Proceso de elaboración del protocolo

La elaboración del protocolo inició con la decisión de las áreas o temas que considerar sustentadas conceptual y normativamente. Con base en estas, se definieron las necesidades de indagación y evaluación, seguidas de una revisión concienzuda de otras encuestas, investigaciones e instrumentos realizada por el grupo investigador. A partir de esta, se elaboró la versión cero del protocolo, que incluía la metodología y el documento de la encuesta, adecuado a un formato digital. Este protocolo fue socializado con distintos actores, cuyas

contribuciones se incorporaron en la versión 1, sometida luego a pruebas internas.

En este proceso, el grupo de investigación —conformado a través de una alianza estratégica entre la Pontificia Universidad Javeriana y la firma Datos, Procesos y Tecnología (DPT)— estuvo acompañado por un comité técnico interinstitucional y multidisciplinario (funcionarios del Ministerio de Salud y Protección Social y de COLCIENCIAS) encargado del análisis y la aprobación de los cuestionarios, las etapas del estudio, los manuales utilizados en el trabajo de campo y la coordinación interinstitucional. Además, en los eventos de socialización se contó con el aporte de asociaciones académicas, gremiales, nodos comunitarios, grupos de investigación y representantes de los entes territoriales.

Con la versión 1, previas selección y capacitación de encuestadores y organización del operativo de campo, se desarrolló la prueba piloto en dos capitales y un municipio con segmentos no incluidos en la muestra para evitar posibles sesgos, estableciendo cuatro segmentos (dos urbanos y dos rurales) con dos grupos de trabajo compuestos por supervisor, encuestadores e investigadores, utilizando computadores portátiles con el *software* estructurado con tal finalidad. Los resultados permitieron adecuar la versión final de la encuesta.

Referentes del protocolo

En el marco político y normativo nacional de la ENSM IV, se destacaron la Ley 1616 de 2013 y el PDSP 2012-2021^{3,4}. Para la primera, la salud mental es una prioridad nacional, un derecho fundamental, tema obligado de salud pública, bien de interés común y componente esencial del bienestar general. El ejercicio pleno de ese derecho incluye la promoción de la salud y la prevención del trastorno mental, la atención integral e integrada dentro del Sistema General de Seguridad Social en Salud, con enfoque promocional de calidad de vida y la estrategia y principios de la Atención Primaria en Salud.

Por su parte, el PDSP³ asume enfoques múltiples: de derechos, de determinantes sociales de la salud, diferencial y poblacional, con la meta de alcanzar la equidad y el desarrollo humano sostenible y mitigar los impactos de la carga de la enfermedad en los años de vida saludables. Refiere a la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos de la UNESCO (2005), en 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.

La dimensión de convivencia social y salud mental, una de las prioritarias en el PDSP, es un espacio de acción transectorial y comunitario para propiciar la salud mental, la convivencia y la transformación de problemas y trastornos prevalentes e intervenir sobre las violencias.

De los planteamientos previos se derivan los enfoques de la ENSM 2015: de determinantes sociales y derechos con una perspectiva diferencial, de particular valor para la comprensión e intervención en el campo de la salud mental. En ese marco la ENSM abordó la salud mental, los problemas y trastornos mentales, los servicios y los estados de salud, pero intentando que la información sobre la prevalencia de las enfermedades y los 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 intervenir⁵.

Objetivos de la encuesta

Objetivos general: obtener información actualizada acerca de la salud mental, los problemas, los trastornos mentales, la accesibilidad de los servicios y los medicamentos, de la población colombiana rural y urbana mayor de 7 años, privilegiando su comprensión desde los determinantes sociales y la equidad. Objetivos específicos:

- Establecer aspectos de la 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, problemas y trastornos mentales en la población expuesta de manera directa al conflicto armado interno y otras formas de violencia.
- Identificar problemas de comportamiento y de las actividades de la vida cotidiana en niños, adolescentes, adultos y ancianos 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 toda la vida en algunos casos.
- Caracterizar el uso de medicamentos y servicios, identificando los tipos de barreras de acceso.
- Obtener en la población colombiana la valoración de estados de salud asociados con los diferentes trastornos mentales de la ENSM.

Áreas y temas de indagación

La determinación de los contenidos de la ENSM 2015 se basó en dos consideraciones fundamentales: 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 la necesidad de adecuarse a los desarrollos conceptuales y normativos y al proceso de paz en curso, eventos que impactan en el campo de la salud mental y lo reconfiguran significativamente. Con base en lo anterior, la ENSM 2015 incluyó:

- Ampliación de lo concerniente a la salud mental, sus opciones de transformación de las condiciones de vida, subrayando 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 los adultos 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) de Colombia.

Tabla 1 – Prevalencia de depresión, intentos de suicidio y trastornos de ansiedad en los tres estudios nacionales de salud mental colombianos

	Prevalencias, %		
	1993 ^a	1997 ^b	2003 ^c
Depresión	25,1	19,6	13,9
Trastornos de ansiedad	9,6	15,1	19,3
Intento suicidio	4,5 ^d	1,7	4,9

^a Prevalencia de punto usando la escala de depresión y ansiedad de Zhung.
^b No se aclara el instrumento utilizado.
^c CIDI-CAPI v. 1,5, prevalencia de vida.
^d Prevalencia de vida.

- Identificación de problemas del comportamiento y las actividades de la vida diaria en todos los grupos de edad, primer paso para diseñar políticas e intervenciones preventivas.
- Información que guarde la comparabilidad internacional sobre la prevalencia y las características de las enfermedades que brindan información relevante, requieren nuevos datos y permiten analizar la realidad de las variaciones observadas al comparar los estudios nacionales (tabla 1). Para ello se excluyeron del *Composite International Diagnostic Interview, computer assisted* (CIDI-CAPI) 3.0 y el *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC-P) 3.0.1 los trastornos de baja prevalencia no detectables con las muestras usuales o de poco impacto en salud pública, como las fobias específicas⁶; también los que mantienen una frecuencia constante, cuyos gravedad e impacto han sido probados exhaustivamente y no requieren nuevas confirmaciones.
- Datos acerca del uso de medicamentos psiquiátricos y otras intervenciones terapéuticas en el sector salud, al igual que de recursos sociales y comunitarios, y variables asociadas con las limitaciones de acceso, ya que en el país se ha alertado sobre las limitaciones a la atención en cualquiera de sus servicios para las personas con trastorno mental.
- Medición de los estados de salud y su valoración por los participantes en el estudio. Con ese enfoque, la salud se compone de diferentes estados y su respectiva duración, y las preferencias de los individuos por cada uno de estos estados o valoración subjetiva de cada persona, lo que se conoce en economía como «utilidad». La utilidad, combinada con datos de longevidad y de calidad de la vida relacionada con salud, permite construir medidas sintéticas útiles para tener una métrica común y evaluar comparativamente las alternativas de política pública.

- Privilegio de los enfoques de determinantes sociales de la salud, de derechos y diferencial, identificando el impacto en la equidad o inequidad en salud y en bienestar, con miras a reducir las desigualdades, contribuir al desarrollo del PDSP y la legislación en salud mental y ajustarse a la agenda programática de estudios poblacionales en salud.
- Así, pues, la encuesta se organizó en torno a seis grandes temas:
 - Aspectos sociodemográficos.
 - Salud mental.
 - Problemas.
 - Trastornos mentales.
 - Servicios de salud y medicamentos.
 - Valoración de los estados de salud.

Metodología propuesta

Tipo de estudio: observacional descriptivo de corte transversal, para el ámbito poblacional. La población de interés es la población civil no institucionalizada. Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, se hizo hincapié en cuatro grupos etarios: 7-11, 12-17, 18-44 y ≥ 45 años. Los criterios de selección se muestran en tabla 2.

Estructura del diseño muestra: la información se recolecta de una muestra de tipo probabilístico, que tiene como base la muestra maestra para estudios poblacionales para salud del Ministerio de Salud y Protección Social², estratificada en las regiones del país (Atlántica, Oriental, Central, Pacífica y Bogotá). La selección de los sujetos de estudio se realiza siguiendo un muestreo polietápico que se inicia con la elección de las UPM (municipios), luego las USM (manzanas en la zona urbana y veredas en rural). Dentro de las USM se selecciona un segmento y, dentro de cada segmento, todas las viviendas. En las viviendas se escogen todos los hogares y en cada uno se selecciona a una persona de edad ≥ 12 años y de manera independiente a un niño de 7-11 años en caso de que lo haya en el hogar.

Estimación de tamaños de muestra por grupos de edad: se tuvo en cuenta para cada grupo de edad los diferentes desenlaces de interés: para el grupo de 7-11 años, la prevalencia de cualquier trastorno mental^{7,8}; para el grupo de 12-17 años, la morbilidad sentida según los datos de la ENSM 2003⁹, y para los grupos de 18-44 y ≥ 45 años, la prevalencia de vida de cualquier trastorno según el mismo estudio⁹. En la tabla 3 aparecen los tamaños de muestra nacionales por grupo etario, valor que se dividió en igual proporción en las cinco regiones de estudio. Para cumplir con este tamaño de muestra, se seleccionaron

Tabla 2 – Criterios de selección

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Residentes en Colombia	Sujetos mayores de 64 años con criba de demencia positiva
De 7 a 11 años, cuya información será proporcionada por el cuidador	Con alguna limitación auditiva, visual o del lenguaje que impida responder a la encuesta
Mayores de 12 años de edad	Con limitación cognoscitiva que impida responder
Residentes en el área urbana o área rural dispersa	Que no hablen español
	Institucionalizadas
	Que no deseen participar o no firmen el consentimiento informado

Tabla 3 – Tamaños de muestra por grupos de edad

Edad (años)	Sujetos, n	p	Mínimo	Máximo
7-11	4.282.853	20,0	2.190	2.628
12-17	5.245.478	27,3	1.460	1.752
18-44	18.907.180	16,0	4.215	5.058
≥ 45	12.421.045	16,0	4.215	5.058
Total			12.080	14.496

242 USM en cada región. Por lo tanto, la representatividad de los datos del estudio se establece para los grupos etarios de 7–11, 12–17, 18–44 y ≥ 45 años en cada región.

Instrumentos de recolección: se revisaron los utilizados dentro y fuera de Colombia, entre ellos: la Gran Encuesta Integrada de Hogares 2013¹⁰; SABE Bogotá; el Índice Multidimensional de Pobreza (IMP)^{11,12}; APGAR familiar¹³; *Health and Work Performance Questionnaire* (HPQ)¹⁴, la CIDI-CAPI¹⁵, la *Diagnostic Interview Schedule for Children* (DISC IV-P)⁸, el *Self Report Questionnaire* (SRQ)¹⁶, el *Reporting Questionnaire for Children* (RQC)¹⁷, el *Alcohol Use Disorders Identification Test*, versiones corta (AUDIT-C) y completa (AUDIT)¹⁸; el *Mini Mental State Examination* (MMSE)^{19,20}; *EuroQOL five-dimension questionnaire* (EQ5D); la escala visual analógica; *Time Trade-off*²¹; el *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST)²²; la *Posttraumatic Stress Disorder Checklist* versión C (PCL-C)²³; los ítems derivados del *Eating Attitudes Test* (EAT)²⁴, y el *Bulimia Test* (BUILT)^{25,26}. Una vez elegidos, se determinó su aplicación parcial en algunos casos y los investigadores expertos temáticos y en elaboración de encuestas construyeron nuevos instrumentos. Los instrumentos (excepto el CIDI y el DISC) pueden ser revisados en la página del MSPS.

Equipos de trabajo, recolección y manejo de la información: se conforman cinco equipos de trabajo, cada uno con un coordinador general, y grupos de cuatro encuestadores y un supervisor. El número de grupos de encuestadores depende del tamaño de muestra que cada equipo de trabajo debe cubrir. Cada equipo cubre en su mayoría una región pero, por proximidades geográficas dentro de los municipios seleccionados de diferentes regiones, los equipos trabajan algunos segmentos de otras regiones. La capacitación de los encuestadores se hace por región durante 7 días, con un componente teórico y otro práctico. Los datos se recolectan en cada hogar del adolescente, el adulto o el cuidador del niño seleccionado utilizando computadores portátiles que cuentan con los programas diseñados para este fin. La encuesta se debe realizar individualmente y con la mayor privacidad posible. Al terminar cada encuesta, el encuestador debe realizar una copia de seguridad en una memoria USB antes de salir del hogar, el supervisor consolida la información recolectada por sus encuestadores, hace otra copia de seguridad y además envía por correo electrónico las encuestas del día diariamente a la central. Para asegurar la calidad de la información, se llevan a cabo varios pasos: los encuestadores realizarán algunas encuestas en presencia del supervisor, el programa cuenta con preguntas que permiten opciones de respuesta según las respuestas previas, el encuestador reentrevista al 10% de los hogares y se hace una revisión de la base de datos, que se exporta diariamente o cada 2 días según la disponibilidad de internet. La consolidación de la información se hace de

manera centralizada en Bogotá y el equipo de análisis la revisa periódicamente.

Plan de análisis

Inicialmente, para el informe final se realizará un análisis descriptivo univariable de las características sociodemográficas de los individuos encuestados con el fin de caracterizar a la población estudiada, y un análisis bivariable de los distintos temas o componentes de la ENSM basado en algunos de los determinantes sociales de la salud: edad, sexo, escolaridad y pobreza, teniendo en cuenta los ámbitos nacional y regional.

Se estimarán las proporciones de prevalencia de vida, prevalencia en los últimos 12 meses y prevalencia reciente (últimos 30 días) de los trastornos estudiados. Las estimaciones se ponderarán según los efectos del muestreo con los factores de expansión y acompañadas con los respectivos intervalos de confianza al 95%.

Conclusiones

La ENSM se hace necesaria como cumplimiento del PDSM 2013-2020 de la OMS¹, el Plan Decenal de Salud 2012-2021³ como insumo para la Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas (PAPSIVI)²⁷, que refleja la necesidad de contar con información relacionada con salud, problemas y trastornos mentales que guíen las políticas, intervenciones y su evaluación, que se reflejen en las que promueven el bienestar, prevenir enfermedades y tratar las presentes.

Como fortalezas del diseño, se alcanzan representatividades nacional y regional, con inclusión de cuatro grupos etarios de población infantil, adolescente y adulta, y es el primer estudio de salud mental que incluye información individualizada de la población infantil en el país. Se incluye el espectro de escenarios relacionadas con salud mental que abarca bienestar, problemas y trastornos mentales, además de temas relacionados con este, como acceso a servicios y valoración de estados de salud; este tema y la indagación sobre cognición social en el mundo son novedad en Colombia. Entre los desafíos se encuentran posibles dificultades en el entrenamiento para el uso de los instrumentos, especialmente en los temas novedosos, dado que requieren la interacción entre el encuestador y el encuestado, más allá de la lectura de las preguntas y la extensión de la encuesta.

Se espera que la información recolectada sirva como insumo para definir las políticas relacionadas con salud mental que permitan mejorar el bienestar de la población y fortalezcan la investigación relacionada con salud mental.

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 ENSM, contrato 762-2013.

Conflicto de intereses

Ninguno.

Agradecimientos

Al MSPS por sus sugerencias al protocolo. En especial a los Dres. Herney Rengifo, Andrea Rodríguez y Nubia Bautista. Al Dr. Luis Carlos Gómez por sus sugerencias al muestreo y a la muestra, como parte de la muestra maestra del MSPS. A los Dres. Sandra Ramírez, Carolina Ardila, Lina Escobar, Oscar Ribero, Daniel Garzón, María Luisa Arenas, Diana Cabrera, Sandy Pérez, Juan Pablo Borda, María Paulina Ramírez, Carolina Vélez, Sandra Mosquera, José Vargas y Rafael Ruiz por la colaboración en la organización del documento.

BIBLIOGRAFÍA

- Mental Health Action Plan 2013-2020 [Internet]. Geneva: who; 2013. DISPONIBLE EN: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/89966/1/9789241506021_eng.pdf?ua=1
- Sistema nacional de estudios y Encuestas Poblacionales para la Salud: conceptualización y guía metodológica: Colombia, 2013. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013.
- Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social; 2013. 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>
- Ley 1616 de 2013 Por medio de la cual se dicta la ley de salud mental y se dictan otras disposiciones [Internet]. Bogotá: Gobierno de Colombia; 2013 [cited 2014 Mar 19]. Disponible en: <http://wsp.presidencia.gov.co/Normativa/Leyes/Documents/2013/LEY%201616%20DEL%2021%20DE%20ENERO%20DE%202013.pdf>
- Asociación Colombiana de Psiquiatría, Comité de Políticas. Política Nacional del Campo de la Salud Mental. Documento-propuesta para discusión y acuerdos [Internet]. Bogotá: Kimpres; 2007. 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>
- Mental health: facing the challenges, building solutions. Report from the WHO European Ministerial Conference. Geneva: World Health Organization Regional Office for Europe; 2005.
- Child 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;61:85-93.
- 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
- Gran Encuesta Integrada de Hogares -, GEIH., - 2013 [Internet]. Bogotá: Dirección de Metodología y Producción Estadística (DIMPE); 2014.
- Metodologías Oficiales y Arreglos Institucionales para la Medición de la Pobreza en Colombia. Bogotá: Consejo Nacional de Política Económica y Social; 2012.
- Angulo R, Diaz Y, Pardo R. Multidimensional poverty in Colombia, 1997-2010. ISER Working Paper Series; 2013.
- Smilkstein G. The family APGAR: a proposal for a family function test and its use by physicians. *J Fam Pract*. 1978;6:1231-9.
- 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.
- 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.
- Ford DE. Principles of screening applied to psychiatric disorders. *Gen Hosp Psychiatry*. 1988;10:177-88.
- 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.
- 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.º 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
- 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.
- 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.
- 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*. New York: Springer; 2010.
- La prueba de detección de consumo de alcohol, tabaco y sustancias (ASSIST). Manual para uso en la atención primaria. Geneva: Organización Mundial de la Salud; 2011.

-
23. PTSD CheckList-Civilian Version (PCL-C) [Internet]. Washington: Veterans Affairs UD; 1994. Disponible en: <http://www.mirecc.va.gov/docs/visn6/3.PTSD.CheckList.and.Scoring.pdf>
 24. Garner DM, Garfinkel PE. The Eating Attitudes Test: an index of the symptoms of anorexia nervosa. *Psychol Med.* 1979;9:273-9.
 25. 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.
 26. 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 J Eat Disord Assoc.* 2007;15:418-24.
 27. Congreso de la República. Ley 1448 de 2011-Ley de Víctimas y Restitución de Tierras y el Programa de Atención Psicosocial a Víctimas [Internet]. 2011. Available from: <http://www.fiscalia.gov.co/jyp/wp-content/uploads/2012/05/Ley-1448-del-10-de-junio-de-2011-Ley-de-v%C3%ADctimas.pdf>

BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

Estudio Nacional de Salud Mental y consumo de sustancias psicoactivas, Colombia, 1993 [Internet]. Bogotá: Ministerio de Salud, Universidad CES; 1994. Disponible en: http://onsm.ces.edu.co/uploads/files/624053_EstudioNal1993.pdf.