

## Artículo especial

# Innovación y liderazgo en salud pública: experiencia de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental en El Salvador

DOI: 10.5377/alerta.v9i2.22418

Xochitl Sandoval<sup>1</sup>, Susana Zelaya<sup>2\*</sup>, Mireya Jandres<sup>3</sup>, Mario Sánchez<sup>4</sup>, Rhina Domínguez<sup>5</sup>

1-5. Instituto Nacional de Salud, Ministerio de Salud, San Salvador, El Salvador.

\*Correspondencia

✉ [susana.zelaya@salud.gob.sv](mailto:susana.zelaya@salud.gob.sv)

1. 0000-0002-0988-1313

4. 0000-0001-5918-4906

2. 0000-0001-6500-1483

5. 0000-0001-7860-0602

3. 0000-0001-7255-8976

### Resumen

**Introducción.** En El Salvador, existía la necesidad de obtener indicadores que permitieran conocer el panorama del estado de salud mental de la población. En respuesta, el Instituto Nacional de Salud lideró la implementación de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental, un esfuerzo pionero y de articulación interinstitucional. Este artículo documenta la experiencia completa de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental desde su concepción, diseño metodológico y operativo, hasta la ejecución en campo y los aprendizajes derivados del proceso. **Resultados.** Participaron 6837 hogares con una tasa de respuesta del 82,9 %. Las tasas de respuesta variaron entre grupos de edad y según sexo: adolescentes (63,5 %) y adultos mayores (64,0 %) mostraron menores niveles de respuesta, al igual que los hombres en grupos adultos. Estas diferencias plantearon retos para la representatividad y abren interrogantes sobre los factores que podrían influir en la participación. La implementación de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental, incorporó herramientas digitales para levantamiento de datos, una formación intensiva del personal y el trabajo conjunto con comunidades y colaboración institucional en todos los niveles, que permitió superar desafíos logísticos y fortalecer la confianza local. **Conclusión.** La primera Encuesta Nacional de Salud Mental constituye una línea base de indicadores para la formulación de políticas de salud mental, la cual la convierte en un precedente para futuras investigaciones de carácter nacional. La experiencia de la encuesta demuestra que es posible generar datos de alta calidad en contextos de recursos limitados, mediante liderazgo técnico, alianzas estratégicas y compromiso institucional.

### Palabras clave

Salud Mental, Encuestas de Atención de la Salud, Planificación en Salud.

### Abstract

**Introduction.** In El Salvador, there was a need to establish indicators that could provide an overview of the population's mental health status. In response, the National Institute of Health led the implementation of the first National Mental Health Survey, becoming a pioneering effort in interinstitutional collaboration. This article documents the full scope of the first National Mental Health Survey experience, from its conception and methodological and operational design to fieldwork execution and the lessons learned throughout the process. **Results.** A total of 6837 households participated, yielding a response rate of 82.9%. Response rates varied across age groups and by sex: adolescents (63.5 %) and older adults (64.0 %) demonstrated lower levels of participation, as did adult men. These disparities posed challenges to representativeness and raise important considerations regarding potential barriers to participation. The implementation strategy integrated digital data collection tools, intensive training of field personnel, and close collaboration with local communities and institutions, which helped to overcome logistical barriers and foster trust at the community level. **Conclusion.** The first National Mental Health Survey establishes a robust baseline of mental health indicators to inform public policy and program development. The experience demonstrates that high-quality data can be produced in resource-limited settings through technical leadership, strategic partnerships, and strong institutional commitment, offering a replicable model for national mental health surveillance in similar contexts.

### Keywords

Mental Health, Health Care Surveys, Health Planning.

## Introducción

En las últimas dos décadas, se ha reconocido en el mundo la importancia de la salud mental, tanto a nivel individual, como para el desarrollo de las sociedades. La evidencia epidemiológica reciente documenta mortalidad excesiva y pérdida de esperanza de vida en personas con trastornos mentales:

en una cohorte poblacional, las combinaciones de trastornos mentales se asociaron con una reducción de la esperanza de vida remanente entre 5,06 y 17,46 años, según la combinación diagnóstica<sup>1</sup>; adicionalmente, en trastornos mentales severos se han calculado riesgos relativos ajustados de mortalidad por todas las causas de 2,89 para esquizofrenia y 2,51 para trastorno bipolar<sup>2</sup>.



ACCESO ABIERTO

**Innovation and leadership in public health: the experience of the first national mental health survey in El Salvador**

### Citación recomendada:

Sandoval X; Zelaya S; Jandres M; Sánchez M; Domínguez R. Innovación y liderazgo en salud pública: experiencia de la primera Encuesta Nacional de Salud Mental en El Salvador. *Alerta*. 2026;9(2):159-166. DOI: 10.5377/alerta.v9i2.22418.

### Editora:

Hazel García.

### Recibido:

18 de marzo de 2025.

### Aceptado:

24 de febrero de 2026.

### Publicado:

30 de abril de 2026.

### Contribución de autoría:

DXS<sup>1</sup>: concepción del estudio. DXS<sup>1</sup>, SMZ<sup>2</sup>, RD<sup>5</sup>: diseño del manuscrito, análisis de los datos. SMZ<sup>2</sup>, MJ<sup>3</sup>: búsqueda bibliográfica, recolección de datos. MSG<sup>4</sup>: manejo de datos o software. DXS<sup>1</sup>, SMZ<sup>2</sup>, MJ<sup>3</sup>, MSG<sup>4</sup>, RD<sup>5</sup>: redacción, revisión, edición y aprobación del manuscrito.

### Conflicto de intereses:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

Además, en 2019, los trastornos mentales representaron 418 millones de años de vida ajustados por discapacidad (DALYs, por sus siglas en inglés) a nivel mundial, lo que correspondió al 16 % de la carga global total<sup>3</sup>.

En 2019, aproximadamente 970 millones de personas en el mundo vivían con algún trastorno de salud mental, de las cuales el 52,4 % eran mujeres. La prevalencia global de trastornos mentales se estima en un 13 %; en América se notificó la mayor prevalencia puntual (15,6 %) <sup>4,5</sup>. Los trastornos de ansiedad y depresión se identifican como los principales problemas en ambos sexos.

En El Salvador, la atención de la salud mental enfrenta desafíos significativos debido a la deuda histórica de recursos y servicios especializados. Según el Atlas de Salud Mental 2020, en el país, existen 369 profesionales de salud relacionados con la atención de salud mental, lo que corresponde a una razón de 5,72 profesionales por 100 000 habitantes<sup>6</sup>; en ellos, los psicólogos representan el 63,4 % de los profesionales (n = 234), mientras que los psiquiatras (n = 87), presentan una razón de 1,35 por 100 000 habitantes, y solamente se contabilizan tres psiquiatras que atienden a población infantil o adolescentes. Esta escasez de recursos humanos especializados limita severamente la capacidad del sistema de salud para atender de manera adecuada las necesidades crecientes de la población.

Los trastornos mentales neurológicos, por uso de sustancias y el suicidio, causan el 17 % de los DALYs y el 32 % de todos los Años Vividos con Discapacidad (YLDs, por sus siglas en inglés)<sup>7</sup> en el país. Estudios locales indican que del 20,8 % a 23,1 % de la población salvadoreña presentan niveles severos de ansiedad, depresión o estrés<sup>8</sup>; sin embargo, la ausencia de datos estandarizados a nivel nacional, dificulta conocer la magnitud de esta problemática en los ciclos de vida.

Ante esta necesidad, el proyecto de la Encuesta Nacional de Salud Mental (ENSM), se concibió y lideró, de forma pionera, por parte del Instituto Nacional de Salud (INS). Para su operativización se conformó un equipo interdisciplinario integrado por especialistas en investigación, epidemiología, salud pública, estadística, informática y planificación; además del apoyo del personal administrativo del INS.

En este marco, en la ENSM se propuso describir la situación de salud mental en niños, adolescentes y adultos, incluyendo trastornos mentales, problemas psicosociales y brechas de acceso a servicios. El objetivo de este manuscrito es describir el proceso de conceptualización, diseño metodológico

e implementación operativa de la primera ENSM en El Salvador, y presentar indicadores clave de desempeño del trabajo de campo; en particular, cobertura y tasa de respuesta desagregadas por estrato geográfico con el fin de contextualizar los hallazgos e identificar potenciales sesgos de participación.

En los resultados se presentan indicadores de implementación, particularmente la tasa de respuesta y la distribución de la participación por sexo, grupo de edad y área geográfica; estos hallazgos se reportan y discuten considerando el potencial de sesgos de no respuesta para la interpretación de la evidencia generada por la ENSM.

## Resultados

### Aspectos operativos de la implementación

La ENSM se desarrolló bajo un diseño observacional, descriptivo y transversal; se utilizaron cuestionarios estructurados aplicados en hogares. La representatividad nacional se garantizó mediante un muestreo probabilístico por conglomerados en múltiples etapas, definido para permitir inferencias a nivel nacional y por dominios de análisis (área urbano-rural y regiones de salud: Occidental, Central, Metropolitana, Paracentral y Oriental), incorporando ponderaciones según el diseño y ajustes por no respuesta.

La ENSM consideró dos unidades de análisis: los hogares y la población dividida en grupos de edad específicos: de tres a siete años, de ocho a 12 años, de 13 a 17 años, adultos de 18 a 59 años y adultos mayores de 60 años o más. La categorización se basó en el análisis epidemiológico de las atenciones de salud mental registradas en el Sistema de Morbimortalidad en Web (SIMMOW)<sup>9</sup> y en los cortes de diversos instrumentos psicológicos relevantes.

Los instrumentos aplicados en campo incluyeron escalas previamente validadas en contextos latinoamericanos (Tabla 1), aplicando puntos de corte y criterios operativos validados para la identificación y clasificación de indicadores según grupo de edad, estos fueron revisados por expertos nacionales. La selección de indicadores se basó en los principales motivos de consulta en salud mental registrados en los servicios del Sistema Nacional Integrado de Salud en los años previos, a través de la revisión de la morbilidad, registrada por los servicios de salud mental, entre 2019 y 2020, en el SIMMOW<sup>9</sup>.

La implementación de la encuesta incluyó una prueba piloto, validación de instrumentos y capacitación intensiva de personal técnico durante tres semanas.

Además de las escalas psicométricas priorizadas por grupo de edad (Tabla 1), la ENSM incorporó un cuestionario estructurado con dominios de variables transversales para la caracterización integral de la población y la interpretación de los indicadores: (i) características sociodemográficas y del hogar; (ii) condiciones de vida y determinantes sociales; (iii) antecedentes de salud y comorbilidades autorreportadas; (iv) exposición a violencia, eventos potencialmente traumáticos y otros estresores

psicosociales; (v) funcionamiento y discapacidad, así como recursos psicosociales (p. ej., apoyo social y resiliencia); (vi) conductas y consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias; (vii) acceso, utilización y continuidad de la atención en salud mental, incluidas barreras percibidas; y (viii) módulos específicos por edad (p. ej., uso de internet y videojuegos, y acoso escolar). Los periodos de referencia se establecieron conforme a la versión aplicada de cada instrumento/indicador.

**Tabla 1.** Problemas priorizados, escalas/instrumentos y periodo de referencia, por grupo de edad

Grupo de edad	Problemas priorizados	Escalas o Instrumentos utilizados
Tres a siete años	Déficit de atención Hiperactividad Trastorno de adaptación Oposición desafiante Trastorno de Conducta Trastorno de comportamiento Estrés postraumático	Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) Estrés postraumático (CATS-C) Cuestionario de uso y adicción a redes sociales e información (Ad hoc) Cuestionario de bullying escolar y ciberbullying (Ad hoc)
Ocho a 12 años	Ansiedad Depresión Trastorno de adaptación Trastorno de Conducta Estrés postraumático Bullying Adicción a videojuegos	Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) Estrés postraumático (CATS-C) Cuestionario de uso y adicción a redes sociales e información (Ad hoc) Cuestionario de bullying escolar y ciberbullying (Ad hoc)
13 a 17 años	Ansiedad Depresión Abuso y consumo de alcohol Abuso y consumo de sustancias psicoactivas Riesgo de suicidio Estrés postraumático Bullying Adicción a videojuegos	Cuestionario de Capacidades y Dificultades (SDQ) Evaluación de síntomas de ansiedad y depresión en niños y adolescentes (RCADS-47) Entorno familiar y apoyo percibido (adhoc) Consumo de alcohol, tabaco y sustancias (AUDIT) Cuestionario de Riesgo suicida (ERS) Escala de relaciones intrafamiliares (ERI) Escala de riesgo de adicción a las redes sociales e internet (ERA-RSI) Cuestionario de bullying escolar y ciberbullying (Ad hoc) Game Addiction Scale for Adolescents (GASA)
18 a 59 años	Ansiedad Depresión Abuso y consumo de sustancias psicoactivas Abuso y consumo de alcohol Dependencia al tabaco Riesgo de suicidio	Escala de ansiedad generalizada (GAD-7) Escala de consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas (ASSIST) Escala de Calificación de Severidad del Suicidio de Columbia (C-SSRS) Trastorno de Estrés postraumático del adulto (PCL-5) Escala de apoyo percibido (EAP)
≥ 60 años	Ansiedad Depresión Trastorno neurocognitivo mayor Abuso y consumo de alcohol Abuso y consumo de sustancias psicoactivas Riesgo de suicidio	Cuestionario de Pfeiffer Escala de ansiedad generalizada (GAD-7) Cuestionario de evaluación de la discapacidad (WHODAS) Consumo de alcohol, tabaco y sustancias (AUDIT) Escala de Calificación de Severidad del Suicidio de Columbia (C-SSRS) Brief resilience scale (BRS) Escala de apoyo percibido (EAP)

La selección se realizó en etapas, tomando como marco, segmentos censales; dentro de cada segmento seleccionado se identificaron y visitaron hogares para la entrevista. La muestra estimada fue de 7400 hogares distribuidos proporcionalmente en áreas urbanas y rurales. El tamaño muestral se definió para estimar prevalencias de los principales indicadores de salud mental con representatividad nacional y por dominios de análisis (área urbano-rural y regiones de salud), considerando el diseño de muestreo por conglomerados y un ajuste por no respuesta. Se seleccionaron 296 segmentos censales en 125 municipios (actualmente llamados distritos), excluyendo aquellos utilizados recientemente en la Encuesta de Hogares de Propósitos Múltiples (EHPM)<sup>10</sup>. La unidad final de análisis fue el individuo dentro del hogar, seleccionado mediante la Tabla de Kish<sup>11</sup>.

El trabajo de campo fue ejecutado por un equipo multidisciplinario que incluyó un coordinador temático-metodológico, coordinador de la ENSM, personal técnico (metodólogo, psicólogo y programador), personal de campo (verificador de calidad, jefe de campo, gestor local, supervisores, encuestadores y motoristas), personal administrativo (Figura 1), quienes en trabajo coordinador con las cinco regiones de salud, organizaciones comunitarias y alcaldías realizaron el levantamiento cartográfico y de datos.

La recolección de datos se realizó entre los meses de agosto y noviembre de 2022. En el caso de los grupos de tres a siete años y de ocho a 12 años, el cuestionario fue administrado al padre, madre o tutor responsable del cuidado del niño; a partir de los 13 años, se realizaron las preguntas directamente a las personas seleccionadas. Las entrevistas se realizaron de forma presencial en los hogares seleccionados, mediante cuestionarios estructurados; inicialmente la información se recopiló en papel y posteriormente se migró a formato digital mediante KoBoToolbox<sup>12</sup>, el análisis estadístico se llevó a cabo con SPSS versión 24.

## Indicadores de cobertura y participación: tasa de respuesta

La Tabla 2 presenta el total de hogares muestreados, los que fueron entrevistados y la tasa de respuesta a nivel nacional, área urbano-rural y por regiones de salud. Los hogares muestreados correspondieron a aquellos esperados de acuerdo con actualización cartográfica, los hogares entrevistados correspondieron a los que finalmente completaron los cuestionarios de la ENSM y la tasa respuesta (TR) se calculó como el porcentaje de hogares entrevistados en relación con los hogares muestreados, además se incluyeron las estimaciones de la cantidad de hogares a nivel nacional por área geográfica y regiones de salud.

A nivel nacional, la tasa de respuesta fue de 82,9 %, con un total de 6837 hogares entrevistados. Las tasas de respuesta fueron más altas en el área rural (88,3 %) y en las regiones oriental (92,6 %), occidental (85,9 %) y paracentral (84,2 %). Las diferencias urbano-rurales en la tasa de respuesta deben considerarse al interpretar la representatividad efectiva de algunos estratos, por lo que se presentan desagregaciones por área y región, como indicadores operativos de participación.

## Tasa de respuesta por grupo de edad y distribución por área geográfica

En la Tabla 3 se detalla el número de personas planificadas para la muestra, de acuerdo con la actualización cartográfica, total de personas entrevistadas, distribución por sexo de los entrevistados, junto con la tasa de respuesta por cada grupo de edad, área urbanarural y región de salud. A nivel nacional, el grupo de ocho a 12 años presentó la mayor tasa de respuesta (83,7 %), mientras que los adolescentes y los adultos mayores presentaron las tasas de respuesta más bajas (63,5 % y 64,0 %, respectivamente). En todos los grupos de edad, la tasa de respuesta fue más alta en los participantes de áreas rurales y varió significativamente según la región de salud.

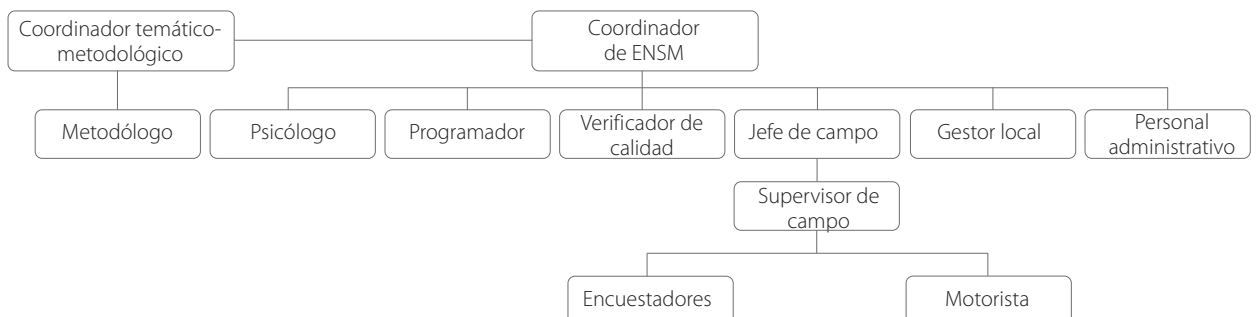


Figura 1. Organización de ENSM

## Participación por sexo, según grupo de edad

Con respecto a la distribución de la muestra entrevistada por sexo (Tabla 4), se encontró una distribución similar en los grupos de niños de tres a siete años y, de ocho a 12 años, donde los porcentajes de participación entre hombres y mujeres fueron similares, con una mayor proporción de niñez del sexo masculino: 51,5 % en el grupo de tres a siete años y 51,0 % en el grupo de ocho a 12 años. En el caso de este último grupo de jóvenes, se observa una mayor proporción de mujeres (52,7 %) en relación con los hombres (47,3 %). Sin embargo, en el grupo de adultos de 18 a 59 años, existe una diferencia en la distribución por sexo: el 71,9 % de la muestra son mujeres, mientras que solo el 28,1 % son hombres. En el grupo de adultos mayores de 60 años o más, se mantiene una tendencia similar con una mayoría de mujeres (64,7 %) frente a los hombres (35,3 %).

## Discusión

En los últimos años, el interés por investigar la salud mental a nivel poblacional ha cobrado mayor relevancia debido al impacto de eventos globales como la pandemia de

COVID-19<sup>4,13</sup> que han evidenciado la difícil situación a la que se enfrenta en relación con los trastornos de salud mental. En el año 2021, el «Estado Mental del Mundo» recopiló datos de 223 087 personas en 34 países, donde se reveló un aumento de trastornos de salud mental, como ansiedad en la población, especialmente en los jóvenes<sup>13</sup>.

En este contexto, varios países<sup>14,15</sup> incluido El Salvador, identificaron la necesidad de generar datos actualizados y representativos para evaluar el estado de salud mental de sus poblaciones; por tanto, las encuestas nacionales se convirtieron en una herramienta clave para recopilar estos datos poblacionales, lo que ha permitido la formulación y orientación de estrategias e intervenciones. Por ejemplo, en Estados Unidos, los datos de la Encuesta Nacional sobre Percepciones de la Salud Mental (2024)<sup>15</sup> de Estados Unidos influyó en la expansión de programas de salud mental en escuelas y comunidades<sup>16</sup>; mientras que en México, hallazgos de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición (2022) impulsaron la realización de una Estrategia Nacional para la prevención de Adicciones<sup>17</sup>, políticas que fortalecen la respuesta de los sistemas de salud, ante la crisis de salud mental de la población.

**Tabla 2.** Total de hogares muestreados, entrevistados y tasa de respuesta a nivel nacional, área urbano-rural y regiones de salud.

		Hogar			
Estrato		Muestreados	Entrevistados	Expandidos	TR* (%)
Área	Nacional	8245	6837	1 983 665	82,9 %
	Urbana	3912	3012	947 720	77,0 %
	Rural	4333	3825	1 035 945	88,3 %
Región de Salud	Occidental	1700	1461	441 854	85,9 %
	Central	1582	1288	311 789	81,4 %
	Metropolitana	1776	1270	542 486	71,5 %
	Paracentral	1580	1330	299 766	84,2 %
	Oriental	1607	1488	387 770	92,6 %

\*TR: Tasa de respuesta

**Tabla 3.** Total de población muestreados, entrevistados y tasa de respuesta a nivel nacional, área urbano-rural y regiones de salud.

		Niños 3-7 años			Niños 8-12 años			Jóvenes 13-17 años			Adultos 18-59 años			Adultos ≥ 60 años		
		Muestreados	Entrevistados	TR* (%)	Muestreados	Entrevistados	TR* (%)	Muestreados	Entrevistados	TR* (%)	Muestreados	Entrevistados	TR* (%)	Muestreados	Entrevistados	TR* (%)
Área	Nacional	1822	1510	82,9 %	1904	1594	83,7 %	1896	1204	63,5 %	7097	5265	74,2 %	3074	1966	64,0 %
	Urbana	713	540	75,7 %	785	601	76,6 %	821	463	56,4 %	3362	2201	65,5 %	1707	1023	59,9 %
	Rural	1109	970	87,5 %	1119	993	88,7 %	1075	741	68,9 %	3735	3064	82,0 %	1367	943	69,0 %
Región de Salud	Occidental	407	343	84,3 %	450	374	83,1 %	434	300	69,1 %	1530	1187	77,6 %	588	377	64,1 %
	Central	328	265	80,8 %	321	263	81,9 %	347	225	64,8 %	1340	966	72,1 %	619	396	64,0 %
	Metropolitana	318	226	71,1 %	361	256	70,9 %	370	152	41,1 %	1509	884	58,6 %	696	390	56,0 %
	Paracentral	355	296	83,4 %	370	322	87,0 %	393	243	61,8 %	1363	1038	76,2 %	574	377	65,7 %
	Oriental	414	380	91,8 %	402	379	94,3 %	352	284	80,7 %	1355	1190	87,8 %	597	426	71,4 %

\*TR: Tasa de respuesta

**Tabla 4.** Distribución porcentual de sexo con respecto a los grupos de edad incluidos en la ENSM

Sexo	Niños 3-7 años		Niños 8-12 años		Jóvenes 13-17 años		Adultos 18-59 años		Adultos 60 o más años	
	n=1510		n=1594		n=1204		n=5265		n=1966	
Masculino	777	51,5 %	813	51,0 %	570	47,3 %	1480	28,1 %	694	35,3 %
Femenino	733	48,5 %	781	49,0 %	634	52,7 %	3785	71,9 %	1272	64,7 %

En El Salvador, la ENSM representa un hito en la recolección de datos sobre salud mental, ya que es la línea basal de indicadores nacionales; desde su planificación (2019) y la recolección de datos (2022) fue un proceso continuo de trabajo; los resultados se presentaron oficialmente en marzo de 2023<sup>18</sup> y, desde entonces, la ENSM ha sido ampliamente divulgada en ámbitos académicos y científicos, pero también entre tomadores de decisiones y legisladores<sup>19</sup>, consolidándose como una fuente confiable para fundamentar proyectos de salud mental y orientar políticas públicas.

Actualmente, sus hallazgos son un insumo clave en la formulación de estrategias y asignación de recursos, fortaleciendo la capacidad del país para responder a los desafíos en salud mental con base en evidencia.

La ENSM evidenció variaciones consistentes en la participación según área geográfica, región de salud y grupo de edad. En términos territoriales, la respuesta presentó una tendencia mayor en áreas rurales que en áreas urbanas, y se identificaron diferencias entre regiones, con menor participación relativa en el ámbito metropolitano. Por grupos de edad, la participación fue comparativamente menor en adolescentes y en personas adultas mayores, mientras que los grupos infantiles presentaron mayor completitud de entrevistas. Estos patrones constituyen hallazgos operativos relevantes del proceso y deben considerarse en la interpretación de la representatividad efectiva por estratos, así como en el diseño de estrategias para reducir la no respuesta diferencial en futuras aplicaciones.

Las diferencias observadas entre estos estratos sugieren la posibilidad de no respuesta diferencial, con potencial impacto sobre la representatividad efectiva de ciertos dominios de análisis. En encuestas poblacionales, la no respuesta puede asociarse a factores como disponibilidad horaria, movilidad, condiciones de seguridad, desconfianza institucional o estigma<sup>20-22</sup>, y tiende a concentrarse en grupos específicos. Estos elementos se reflejan en los patrones de participación por sexo y grupo de edad; la mayor participación de mujeres podría estar influenciada por factores socioculturales<sup>20</sup> y estigma<sup>20-22</sup> que limitan la disposición de los hombres a participar en estudios de salud mental<sup>20</sup>.

Asimismo, barreras estructurales como la dificultad de transporte<sup>20</sup>, la falta de incentivos<sup>20</sup>, pérdida de ingresos si se toma tiempo libre del trabajo<sup>21</sup>, desconfianza<sup>21,23</sup> y falta de acceso a información<sup>23</sup> pueden influir en la decisión de participar; por lo tanto, en la tasa de respuesta de la encuesta. Por ello, documentar de forma sistemática las razones de no respuesta (por ejemplo, no contacto, rechazo o ausencia) y su distribución por estratos, resulta fundamental para interpretar adecuadamente los resultados y orientar ajustes operativos y estadísticos en levantamientos futuros.

Estas consideraciones resaltan la importancia de incorporar nuevas estrategias dirigidas a mejorar la participación de grupos con menor respuesta, como hombres, adolescentes y adultos mayores. En adolescentes, se ha descrito que modalidades autoadministradas en plataformas digitales<sup>20</sup> o uso de videos explicativos<sup>24</sup> puede ser una herramienta efectiva para aumentar la participación juvenil, al proporcionar mayor privacidad y reducir la ansiedad social asociada a la divulgación de información personal. En adultos mayores, la integración de redes comunitarias y el involucramiento de cuidadores han facilitado la recolección de datos, al reducir barreras logísticas y fomentar entornos de confianza<sup>21,25</sup>.

Con base en estos hallazgos operativos, futuras encuestas nacionales de salud mental deberían reforzar estrategias para reducir la no respuesta diferencial, incluyendo: (i) visitas en horarios extendidos y fines de semana con visitas planificadas, especialmente en segmentos urbanos; (ii) articulación comunitaria previa y acompañamiento territorial para facilitar el acceso y fortalecer la confianza; (iii) abordajes diferenciados para adolescentes y personas adultas mayores, con protocolos de contacto/recontacto y adecuaciones logísticas según el grupo; y (iv) fortalecimiento de la capacitación del personal de campo en comunicación, confidencialidad, consentimiento/asentimiento y manejo del estigma. Es recomendable describir de forma transparente los procedimientos de ponderación y calibración utilizados para mitigar el impacto de la no respuesta en la inferencia por dominios.

En términos de utilidad para la gestión sanitaria, la ENSM constituye una línea basal nacional que fortalece la capacidad de análisis y planificación del Sistema Nacional Integrado de Salud, al ofrecer evidencia estandarizada para la priorización programática, la focalización de intervenciones y el seguimiento de brechas de acceso a servicios de salud mental, a lo largo del ciclo de vida. Asimismo, su implementación aportó un marco operativo para la coordinación interinstitucional y la generación de productos de información con potencial de uso por autoridades sanitarias, academia y tomadores de decisión.

Como toda encuesta poblacional, la ENSM enfrenta desafíos inherentes a la medición de salud mental en contextos comunitarios, particularmente aquellos vinculados al estigma y a la disposición a reportar síntomas o experiencias sensibles, lo cual puede influir en la captación y reporte de ciertos eventos<sup>25</sup>.

En este sentido, la interpretación de los resultados debe considerar tanto el desempeño del trabajo de campo como los mecanismos de aseguramiento de calidad y los procedimientos implementados para mitigar la no respuesta y sostener la comparabilidad por dominios.

Finalmente, la realización de la ENSM fue posible gracias a la visión estratégica de la dirección del INS y a la articulación de diversas instituciones del Sistema Nacional Integrado de Salud, en conjunto con el apoyo de la academia y asociaciones profesionales. Este esfuerzo intersectorial consolidó capacidades técnicas nacionales para el levantamiento y análisis de información en salud mental y constituye un referente para el desarrollo de futuras iniciativas de innovación en salud pública orientadas a una respuesta más integral, sostenida y basada en evidencia.

## Aspectos éticos

La ENSM fue desarrollada respetando los principios éticos establecidos en la Declaración de Helsinki y las directrices internacionales para la investigación en salud que involucra a seres humanos. El protocolo de investigación fue evaluado y aprobado por el Comité Nacional de Ética en Investigaciones en Salud (Acta N° 34/2022). Se garantizó la confidencialidad de la información, el consentimiento informado verbal y escrito de los participantes o sus tutores legales según el grupo de edad, y el uso exclusivo de los datos con fines estadísticos y de salud pública. La participación fue voluntaria, sin compensación económica, y se respetó el derecho a retirarse en cualquier momento sin consecuencias.

## Conclusión

La ENSM representa un avance significativo para la salud pública en El Salvador, ofrece información sólida que puede impulsar la implementación de estrategias más inclusivas y efectivas que respondan a las necesidades específicas de la población salvadoreña. La experiencia documentada evidencia la importancia de integrar planificación metodológica, organización operativa, control de calidad y articulación interinstitucional para sostener procesos nacionales de medición en salud mental.

Los patrones de participación observados entre áreas, regiones y grupos de edad subrayan la necesidad de considerar la no respuesta diferencial en la interpretación de los hallazgos y de adoptar estrategias específicas para mejorar la participación de subgrupos con menor respuesta en futuras aplicaciones. La ENSM deja lecciones operativas transferibles para el diseño e implementación de encuestas nacionales de salud mental en contextos similares y ofrece una base sólida para orientar políticas, priorizar intervenciones y fortalecer una respuesta intersectorial sostenida y basada en evidencia.

## Agradecimiento

Al equipo técnico y operativo del INS, a los encuestadores, supervisores, motoristas y gestores locales que participaron en el trabajo de campo de la ENSM. Asimismo, se reconoce el respaldo del personal de salud de las Direcciones Regionales de Salud del primer nivel de atención por el apoyo en la gestión y apertura de las comunidades para su colaboración activa y a todos los autores de las escalas quienes brindaron sus instrumentos para la realización de esta encuesta.

## Financiamiento

La ENSM fue posible gracias a recursos proporcionados por el Gobierno de El Salvador y recursos financieros gestionados por la dirección del INS con fondos del Banco Interamericano de Desarrollo, en el marco de una cooperación técnica orientada a fortalecer la respuesta nacional en salud mental, además de otras instituciones que apoyaron como el Fondo de Población de las Naciones Unidas y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia. Las instituciones financiadoras no intervinieron en el diseño metodológico, análisis de datos ni en la redacción del presente manuscrito. Los autores no recibieron compensación económica directa ni beneficios materiales personales derivados del desarrollo de esta investigación.

## Referencias bibliográficas

1. Plana-Ripoll O, Musliner KL, Dalsgaard S, Momen NC, Weyer N, Christensen MK, *et al.* Nature and prevalence of combinations of mental disorders and their association with excess mortality in a population-based cohort study. *World Psychiatry*. 2020;19(3):339-349. DOI: [10.1002/wps.20802](https://doi.org/10.1002/wps.20802)
2. Ali S, Santomauro D, Ferrari AJ, Charlson F. Excess mortality in severe mental disorders: A systematic review and meta-regression. *J. Psychiatr. Res.* 2022;149:97-105. DOI: [10.1016/j.jpsychires.2022.02.036](https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2022.02.036)
3. Arias D, Saxena S, Verguet S. Quantifying the global burden of mental disorders and their economic value. *eClinicalMedicine*. 2022;54:101675. DOI: [10.1016/j.eclinm.2022.101675](https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101675)
4. Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C. OPS. 2023. 318 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/57878>
5. Liu W, Zhang Y, Chen J, Li X, Huang Y, Zhao F, *et al.* Global burden and trends of major mental disorders in individuals under 24 years of age from 1990 to 2021, with projections to 2050: insights from the Global Burden of Disease Study 2021. *Front. Public Health*. 2025;13:1635801. DOI: [10.3389/fpubh.2025.1635801](https://doi.org/10.3389/fpubh.2025.1635801)
6. World Health Organization. Mental health atlas 2020 Country Profile: El Salvador. Geneva. 2022. Disponible en: <https://www.who.int/publications/m/item/mental-health-atlas-slv-2020-country-profile>
7. Organización Panamericana de la Salud. La carga de los trastornos mentales en la Región de las Américas, 2018. Washington, D.C. OPS. 2018. 50 p. Disponible en: <https://iris.paho.org/items/6b759b11-406a-465b-9cec-cdea1e44b8bd>
8. Mena F, Molina C, Castillo YE. Salud mental de los salvadoreños y factores asociados. Fundación Pro Educación de El Salvador (FUNPRES). 2022. 71 p. Disponible en: [https://www.researchgate.net/publication/359813615\\_Salud\\_mental\\_de\\_los\\_salvadorenos\\_y\\_factores\\_asociados](https://www.researchgate.net/publication/359813615_Salud_mental_de_los_salvadorenos_y_factores_asociados)
9. Sistema de Morbi Mortalidad en la Web. Ministerio de Salud. El Salvador. 2025. Fecha de consulta: 13 de mayo de 2025. Disponible en: <https://simmow.salud.gob.sv/>
10. Banco Central de Reserva. Encuesta de hogares de propósitos múltiples 2022. San Salvador. BCR. 2023. 64 p. Disponible en: <https://www.bcr.gob.sv/documental/Inicio/descarga/0c0aa5ade233aa9a7345923e9329407a.pdf>
11. Kish L. A Procedure for Objective Respondent Selection within the Household. *J. Am. Stat. Assoc.* 1949;44(247):380-387. DOI: [10.1080/01621459.1949.10483314](https://doi.org/10.1080/01621459.1949.10483314)
12. KoboToolbox. Fecha de consulta: 26 de mayo de 2025. Disponible en: <https://www.kobotoolbox.org/>
13. Sapien Labs. Estado mental del mundo 2021. Washington D.C. 2022. 44 p. Disponible en: <https://mentalstateoftheworld.report/wp-content/uploads/2022/04/Estado-mental-del-mundo-2021.pdf>
14. Romero-Martínez M, Barrientos-Gutiérrez T, Cuevas-Nasu L, Bautista-Arrendondo S, Colchero MA, Gaona-Pineda EB, *et al.* Metodología de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2022 y Planeación y diseño de la Ensanut Continua 2020-2024. *Salud Pública México*. 2022;64(5, sept-oct):522-529. DOI: [10.21149/14186](https://doi.org/10.21149/14186)
15. American Foundation for Suicide Prevention. Encuesta Nacional sobre Percepciones de la Salud Mental y la Prevención del Suicidio revela que la mayoría de los adultos estadounidenses creen que el suicidio se puede prevenir. 2024. Fecha de consulta: 28 de mayo de 2025. Disponible en: <https://afsp.org/story/encuesta-nacional-sobre-percepciones-de-la-salud-mental-y-la-prevencion-del-suici>
16. The Harris Poll. Public Perceptions of Mental Health and Suicide Prevention Survey Results. Nueva York. Harris Insights & Analytics LLC, A Stagwell Company. 2024. Disponible en: <https://suicidepreventionnow.org/documents/executive-summary-2024.pdf>
17. Comisión Nacional de Salud Mental y Adicciones (CONASAMA). Reporte de la Estrategia Nacional para la prevención de adicciones 2019-2023. Ciudad de México; 2023. Disponible en: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/885512/informe\\_ENPA23\\_double\\_web.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/885512/informe_ENPA23_double_web.pdf)
18. MINSAL. Presentan resultados sobre la Encuesta Nacional de Salud Mental. Minist. Salud. 2023. Fecha de Consulta: 28 de Mayo de 2025. Disponible en: <https://www.salud.gob.sv/presentan-resultados-sobre-la-encuesta-nacional-de-salud-mental/>
19. Diputados conocen resultados de encuesta de salud mental nacional | Asamblea Legislativa de El Salvador. Fecha de Consulta: 28 de Mayo de 2025. Disponible en: <https://www.asamblea.gob.sv/node/12793>
20. Woodall A, Morgan C, Sloan C, Howard L. Barriers to participation in mental health research: are there specific gender, ethnicity and age related barriers? *BMC Psychiatry*. 2010;10(1):103. DOI: [10.1186/1471-244X-10-103](https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-103)
21. Mendez R, Velazquez E, Gimenez A, Michaud M, Mendez J, Wong M, *et al.* The Impact of Insider Researcher Trainees in Recruiting and Retaining Latinx in an Outdoor Health Promotion Research Study. *J. Racial Ethn. Health Disparities*. 2024;11(3):1672-1684. DOI: [10.1007/s40615-023-01642-1](https://doi.org/10.1007/s40615-023-01642-1)
22. Patel V, Prince M. Global Mental Health: A New Global Health Field Comes of Age. *JAMA*. 2010;303(19):1976. DOI: [10.1001/jama.2010.616](https://doi.org/10.1001/jama.2010.616)
23. George S, Duran N, Norris K. A Systematic Review of Barriers and Facilitators to Minority Research Participation Among African Americans, Latinos, Asian Americans, and Pacific Islanders. *Am. J. Public Health*. 2014;104(2):e16-e31. DOI: [10.2105/AJPH.2013.301706](https://doi.org/10.2105/AJPH.2013.301706)
24. Hendrickson SG. Video Recruitment of Non-English-Speaking Participants. *West. J. Nurs. Res.* 2007;29(2):232-242. DOI: [10.1177/0193945906292558](https://doi.org/10.1177/0193945906292558)
25. Eliacin J, Salyers MP, Kukla M, Matthias MS. Factors influencing patients' preferences and perceived involvement in shared decision-making in mental health care. *J Ment Health*. 2015;24(1):24-28. DOI: [10.3109/09638237.2014.954695](https://doi.org/10.3109/09638237.2014.954695)