

# Manual operativo del mhGAP





# Manual operativo del mhGAP

Versión oficial en español de la obra original en inglés  
*mhGAP operations manual: mental health Gap Action Programme (mhGAP)*  
© World Health Organization 2018  
ISBN 978-92-4-151481-1

Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)

© Organización Panamericana de la Salud, 2020

ISBN: 978-92-75-32254-3

eISBN: 978-92-75-32255-0



Algunos derechos reservados. Esta obra está disponible en virtud de la licencia Reconocimiento-NoComercial-CompartirIgual 3.0 Organizaciones intergubernamentales de Creative Commons (CC BY-NC-SA 3.0 IGO; <https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/3.0/igo/deed.es>).

Con arreglo a las condiciones de la licencia, se permite copiar, redistribuir y adaptar la obra con fines no comerciales, siempre que se utilice la misma licencia o una licencia equivalente de Creative Commons y se cite correctamente, como se indica a continuación. En ningún uso que se haga de esta obra debe darse a entender que la Organización Panamericana de la Salud (OPS) respalda una organización, producto o servicio específicos. No está permitido utilizar el logotipo de la OPS.

**Adaptaciones:** si se hace una adaptación de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “Esta publicación es una adaptación de una obra original de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). Las opiniones expresadas en esta adaptación son responsabilidad exclusiva de los autores y no representan necesariamente los criterios de la OPS”.

**Traducciones:** si se hace una traducción de la obra, debe añadirse la siguiente nota de descargo junto con la forma de cita propuesta: “La presente traducción no es obra de la Organización Panamericana de la Salud (OPS). La OPS no se hace responsable del contenido ni de la exactitud de la traducción”.

**Forma de cita propuesta:** *Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)*. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2020. Licencia: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

**Datos de catalogación:** pueden consultarse en <http://iris.paho.org>.

**Ventas, derechos y licencias:** para adquirir publicaciones de la OPS, véase [publications.paho.org](http://publications.paho.org). Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase [www.paho.org/permissions](http://www.paho.org/permissions).

**Materiales de terceros:** si se desea reutilizar material contenido en esta obra que sea propiedad de terceros, como cuadros, figuras o imágenes, corresponde al usuario determinar si se necesita autorización para tal reutilización y obtener la autorización del titular del derecho de autor. Recae exclusivamente sobre el usuario el riesgo de que se deriven reclamaciones de la infracción de los derechos de uso de un elemento que sea propiedad de terceros.

**Notas de descargo generales:** las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la OPS, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites. Las líneas discontinuas en los mapas representan de manera aproximada fronteras respecto de las cuales puede que no haya pleno acuerdo.

La mención de determinadas sociedades mercantiles o de nombres comerciales de ciertos productos no implica que la OPS los apruebe o recomiende con preferencia a otros análogos. Salvo error u omisión, las denominaciones de productos patentados llevan letra inicial mayúscula.

La OPS ha adoptado todas las precauciones razonables para verificar la información que figura en la presente publicación. No obstante, el material publicado se distribuye sin garantía de ningún tipo, ni explícita ni implícita. El lector es responsable de la interpretación y el uso que haga de ese material, y en ningún caso la OPS podrá ser considerada responsable de daño alguno causado por su utilización.

# ÍNDICE

Prefacio .....	iv
Agradecimientos .....	v
Siglas .....	viii
Introducción y finalidad .....	ix
<b>1. PLANIFICAR</b> .....	<b>1</b>
1.1 Integrar un equipo operativo del mhGAP .....	4
1.2 Realizar un análisis de la situación .....	7
1.3 Formular un plan operativo y el presupuesto del mhGAP .....	9
1.4 Abogar por la salud mental .....	12
<b>2. PREPARAR</b> .....	<b>14</b>
2.1 Adaptar los componentes del paquete de intervenciones del mhGAP .....	17
2.2 Capacitar al personal en el uso del mhGAP .....	20
2.3 Preparar para la supervisión clínica y administrativa .....	24
2.4 Coordinar las vías de atención .....	28
2.5 Mejorar el acceso a los medicamentos psicotrópicos .....	31
2.6 Mejorar el acceso a las intervenciones psicológicas .....	34
<b>3. PROVEER</b> .....	<b>38</b>
3.1 Prestar servicios a nivel de los establecimientos .....	41
3.2 Proporcionar tratamiento y atención en la comunidad .....	45
3.3 Concientizar sobre los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias y los servicios disponibles .....	48
3.4 Apoyar el suministro de programas de prevención y promoción .....	50
<b>4. Marco para el seguimiento y la evaluación de la implementación del mhGAP</b> .....	<b>53</b>
<b>5. Integrar el mhGAP en emergencias humanitarias y poblaciones de riesgo</b> .....	<b>57</b>
5.1 Emergencias humanitarias .....	58
5.2 Atención de salud maternoinfantil .....	62
5.3 Integración del mhGAP en la atención de enfermedades crónicas .....	65
<b>Referencias</b> .....	<b>71</b>
<b>Anexos</b> .....	<b>75</b>
A.1 Lista de indicadores para la implementación del mhGAPs .....	75
A.2 Ejemplos de actores comunitarios involucrados en la implementación del mhGAP .....	77
A.3 Herramientas del mhGAP para el análisis de la situación .....	78
A.4 Plan operativo del mhGAP .....	86
A.5 Plantilla para la adaptación de la versión 2.0 de la GI-mhGAP .....	87
A.6 Cronogramas sugeridos para la capacitación .....	88
A.7 Intervenciones del mhGAP 2.0 para condiciones MNS prioritarias .....	90
A.8 Formularios del mhGAP para proveedores de atención de salud no especializados .....	94

# PREFACIO

En todo el mundo, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (trastornos MNS) imponen una enorme carga de morbilidad que provoca muertes prematuras y afecta el funcionamiento y la calidad de vida de los seres humanos. Se calcula que esos trastornos son la causa de 9,5% de los años de vida ajustados en función de la discapacidad y 28,4% de los años vividos con discapacidad. Si no son tratados, los trastornos MNS pueden llevar a peores resultados en enfermedades frecuentemente concurrentes, como la tuberculosis y las enfermedades cardiovasculares. Sin embargo, a las condiciones de salud mental y física no se les asigna la misma prioridad.

Las personas con trastornos MNS y sus familias también afrontan la estigmatización, que reduce la inclusión social, limita el empleo e interfiere en la búsqueda de ayuda. A pesar de su enorme impacto social, los países no están preparados para abordar este reto, que a menudo es pasado por alto.

En los países de ingresos bajos y medianos, se dispone de pocos recursos para la creación y el mantenimiento de servicios de salud mental. La escasez y la distribución desigual de los servicios implica que entre 76% y 85% de las personas con trastornos MNS no recibe la atención que necesita; esta brecha en el tratamiento es superior a 90% en muchos países de ingresos bajos y medianos. La gran brecha afecta no solo a las personas con trastornos MNS y sus familias sino también al desarrollo económico debido a la pérdida de productividad, la baja participación en el mercado laboral y el mayor gasto en salud y bienestar social. Se calcula que los trastornos MNS no tratados generan más de 10 mil millones de días de trabajo perdidos anualmente, el equivalente de US\$ 1 billón al año.

Alcanzar la cobertura universal de salud, incluyendo los servicios de alta calidad y la protección financiera para todos, es la meta 3.8 de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS). Para alcanzar esta meta en todo el mundo, se debe integrar la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos MNS en servicios accesibles, eficaces y asequibles, donde se respeten los derechos y la dignidad de toda la población. El objetivo del Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 es la cobertura universal de los trastornos MNS mediante el suministro de servicios de salud mental y atención social en la comunidad, basados en la evidencia, integrados y receptivos a sus necesidades. La OMS inició el *Programa de acción para superar las brechas en salud mental* (mhGAP) para alcanzar las metas del Plan de Acción y cerrar la significativa brecha existente en los servicios de salud mental. Adecuadamente implementadas, las intervenciones descritas en el mhGAP representan la “mejor inversión” para cualquier país, con considerable rendimiento en términos de salud y beneficios económicos.

El objetivo de este manual operativo del mhGAP es apoyar a los directores distritales de salud y otros funcionarios responsables de la integración de los servicios de salud mental y física. Se hace hincapié en el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud y la capacidad del personal. Se ofrece orientación práctica para implementar el mhGAP y se incluyen soluciones a los obstáculos que enfrentan los líderes de salud pública, en forma de consejos prácticos, enseñanzas extraídas de proyectos en los que se ha usado el mhGAP y herramientas que pueden ser adaptadas para su implementación. El manual es un componente integral del paquete del mhGAP.

# AGRADECIMIENTOS

## Visión y conceptualización

El manual operativo del mhGAP se preparó bajo la orientación general y la conceptualización de Shekhar Saxena y Tarun Dua, del Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS.

## Coordinación y edición del proyecto

El equipo que coordinó la elaboración del manual operativo del mhGAP, incluyendo la redacción y la revisión, estuvo integrado por Tarun Dua, Fahmy Hanna, Meredith Fendt-Newlin, Neerja Chowdhary, Zeinab Hijazi y Allie Sharma.

## Contribuciones técnicas y revisión

Se recibió valioso material, ayuda y asesoramiento de personal técnico de la sede de la OMS, personal de oficinas regionales y de países de la OMS y de muchos expertos y revisores técnicos internacionales. Sus contribuciones fueron de vital importancia para la preparación del manual operativo del mhGAP.

## Sede de la OMS

En la sede de la OMS, un equipo integrado por funcionarios, consultores y pasantes proporcionó asesoramiento técnico y apoyo al proyecto: Kenneth Carswell, Peter Deli, Capucine de Fouchier, Alexandra Fleischmann, Brandon Gray, Joseph Heng, Edith van't Hof, Aiysha Malik, Sarah Frances Michael, Katrin Seeher, Chiara Servili y Mark van Ommeren. Se recibieron aportes de: Faten Ben Abdelaziz, Prevención de las Enfermedades no Transmisibles; Maurice Bucagu y Gilles Landrivon, Departamento de Salud de la Madre, del Recién Nacido, del Niño y del Adolescente; Katthyana Aparicio, Sol Mean Kim, Julie Storr y Sham Syed, Departamento de Prestación de Servicios y Seguridad; y de Ahmet Metin Gulmezoglu, Departamento de Salud Reproductiva e Investigaciones Conexas.

## Oficinas regionales y de países de la OMS

Los colaboradores clave en las Oficinas de la OMS regionales y en los países, que examinaron el manual y aportaron sugerencias valiosas, incluyen a: Nazneen Anwar, Oficina Regional para Asia Sudoriental; Florencia Baingana, Oficina de País de la OMS en Sierra Leona; Daniel Chisholm, Oficina Regional de la OMS para Europa; Alisa Ladyk-Bryzgalova, Oficina de País de la OMS en Ucrania; Manuel de Lara, Oficina de País de la OMS en Turquía; Dévora Kestel, Oficina Regional de la OMS para las Américas; Custodia Mandlhate, Oficina de País de la OMS en Zambia; Kedar Marahatta, Oficina de País de la OMS en Nepal; Sebastiana Da Gama Nkomo, Oficina Regional de la OMS para África; Khalid Saeed, Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental; Yutaro Setoya, Oficina de país de la OMS en Tonga; Martin Vandendyck, Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; Joseph Mogga, Oficina de País de la OMS en Sudán del Sur; Eyad Yanes, Oficina de País de la OMS en la República Árabe Siria.

## Revisores expertos

La OMS agradece la opinión experta y el aporte técnico durante la elaboración del manual operativo del mhGAP proporcionados por las siguientes personas:

Corrado Barbui (Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental y Evaluación de los Servicios, Universidad de Verona, Italia); Thomas Barrett (Universidad de Denver, Estados Unidos de América); Boris Bodusan (Psiquiatra Consultor, Croacia); Walter Carew (Coalición para la Salud Mental, Sierra Leona); Rabih El Chammay (Ministerio de Salud, Líbano); Sudipto Chatterjee (Fideicomiso Parivartan, India); Dixon Chibanda (Proyecto del Banco de Amistad, Universidad de Zimbabue, Zimbabue); Terver Chieshe (Oficial de Salud Mental, Nigeria); Christopher Dowrick (Universidad de Liverpool y Organización Mundial de Médicos de Familia [WONCA], Reino Unido); Frederique Drogoul (Médicos sin Fronteras, Francia); Mohamed Elshazly (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Iraq); Oye Gureje (Centro Colaborador de la OMS para la Investigación y la Capacitación en Salud Mental, Neurociencias y Abuso de Sustancias, Departamento de Psiquiatría, Nigeria); Sarah Harrison (Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, Centro de Referencia sobre Apoyo Psicosocial, Dinamarca); Helen Herrman (Asociación Mundial de Psiquiatría y Centro para la Salud Mental de los Jóvenes, Universidad de Melbourne, Australia); Simone Honikman (Proyecto de Salud Mental Perinatal, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica); Peter Hughes (Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College, Londres, Reino Unido); Rathanasabapathipillai Kesavan (Ministerio de Salud, Sri Lanka); Markus Kösters (Departamento de Psiquiatría II, Universidad de Ulm, Alemania); Itzhak Levav (Ministerio de Salud, Israel); Molly Levine (organización StrongMinds, Uganda); Antonio Lora (Departamento de Salud Mental, Región de Lombardía, Italia); Pallab Maulik (The George Institute, India); Anita Marini (ONG Cittadinanza, Italia); Farooq Naeem (Departamento de Psiquiatría, Universidad de Toronto, Canadá); Vikram Patel (Departamento de Salud Mundial y Medicina Social, Escuela de Medicina de Harvard, Estados Unidos de América); Istvan Patkai (Consultor en Salud Mental, Sudán del Sur); Atif Rahman (Universidad de Liverpool, Reino Unido); Salifu Samura (Coalición para la Salud Mental, Sierra Leona); Benedetto Saraceno (Instituto de Salud Mental Mundial de Lisboa, Portugal); Claudius Sawyer (Coalición para la Salud Mental, Sierra Leona); Nathalie Severy (Médicos sin Fronteras, Bélgica); Allison Shaffer (World Vision International, Kenya); Jessica Spagnolo (Universidad de Montreal, Canadá); Joshua Ssebunnya (Departamento de Salud Mental y Psicología de la Comunidad, Universidad de Makerere, Uganda); Dan Stein (Departamento de Psiquiatría y Salud Mental, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica); Charlene Sunkel (Federación Sudafricana para la Salud Mental, Sudáfrica); Graham Thornicroft (Instituto de Psiquiatría, Psicología y Neurociencias, King's College, Londres, Reino Unido); Mark Tomlinson (Departamento de Psicología, Universidad de Stellenbosch, Sudáfrica); Chris Underhill (organización BasicNeeds, Reino Unido); y Pieter Ventevogel (Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Suiza).

## Expresamos nuestro especial agradecimiento a los siguientes contribuyentes por sus amplios aportes:

El equipo del Programa para mejorar la atención de salud mental (PRIME, por sus siglas en inglés), el consorcio de instituciones de investigación y ministerios de salud en cinco países de Asia y África (Etiopía, India, Nepal, Sudáfrica y Uganda) financiado por el Departamento para el Desarrollo Internacional (DPDI), con socios en el Reino Unido y la OMS; Crick Lund (Centro para la Salud Mental Mundial, King's College, Londres, Reino Unido, y Centro Alan J. Flisher para la Salud Mental, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica); Charlotte Hanlon y Abebaw

Fekadu (Departamento de Psiquiatría, Universidad de Addis Abeba, Etiopía); Erica Breuer (Centro Alan Flisher para la Salud Pública Mental, Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica); Rahul Shidhaye (Fundación de Salud Pública de la India, India); Mark Jordans (organización War Child Holland y ONG Transcultural Psychosocial Organization (TPO) Nepal); Inge Petersen (Universidad de KwaZulu-Natal, Sudáfrica); y Fred Kigozi (Hospital Nacional de Referencia de Butabika, Uganda). Ashley Leichner e Inka Weissbecker (Cuerpo Internacional Médico, Estados Unidos de América). Un grupo de expertos de la organización CBM International; Julian Eaton (CBM International y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de Londres, Reino Unido); Emeka Nwefoh (CBM International, Nigeria); Uche Onukogu (Programa para Ampliar la Atención de Salud Mental en Nigeria, CBM International, Nigeria); Joshua Abioseh Duncan (Volver a Construir Mejor, CBM International y Coalición para la Salud Mental, Sierra Leona); Carmen Valle (CBM International, Tailandia); Dinah Nadera (Universidad Abierta de la Universidad de Filipinas, Filipinas).

## **Apoyo administrativo**

Agradecemos a Caroline Herment, Grazia Motturi y Cecilia Ophelia Riano el apoyo que prestaron durante la preparación y publicación del manual operativo del mhGAP.

## **Equipo de producción**

Reconocemos con gratitud la labor del equipo responsable de los distintos elementos de la producción del manual operativo del mhGAP.

Diseño gráfico y maquetación: Irene Lengui, L'IV Com Sàrl, Villars-sous-Yens, Suiza.

## **Apoyo económico**

Las siguientes organizaciones contribuyeron económicamente a la elaboración y producción del manual operativo del mhGAP: Autism Speaks, Estados Unidos de América; CBM International; Fountain House Inc.; Gobierno del Japón; Gobierno de la República de Corea; Gobierno de Suiza; Instituto Nacional de Salud Mental, Estados Unidos de América; Departamento para el Desarrollo Internacional del Reino Unido (DFDI).

# SIGLAS

<b>AMHF</b>	Fundación para la Salud Mental de África
<b>e-mhGAP</b>	Guía de intervención mhGAP Versión 2.0 (aplicación para iOS y Android).
<b>ENT</b>	enfermedades no transmisibles
<b>EP+</b>	Enfrentando problemas plus
<b>GI-mhGAP</b>	Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada Versión 2.0
<b>mhGAP</b>	Programa de acción para superar las brechas en salud mental
<b>MNS</b>	Mentales, neurológicos y por consumo de sustancias
<b>ODS</b>	Objetivos de Desarrollo Sostenible
<b>ONG</b>	organización no gubernamental
<b>PRIME</b>	Programa para mejorar la atención de salud mental
<b>TCC</b>	Terapia cognitiva conductual
<b>TIP</b>	Terapia interpersonal

# INTRODUCCIÓN Y FINALIDAD

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias (trastornos MNS) tienen una prevalencia muy elevada y representan aproximadamente el 10% de la carga mundial de morbilidad (1). Las personas con esos trastornos, tienen una esperanza de vida considerablemente reducida y están expuestas a riesgos de muerte prematura y comorbilidad con otras enfermedades crónicas (2). Sin embargo, los cálculos de la carga de morbilidad no ilustran plenamente las importantes consecuencias sociales y económicas para estas personas, sus familias, las comunidades y la sociedad.

Se ha calculado que la pérdida total de la producción económica generada por los trastornos MNS es de US\$1 billón al año debido a la pérdida de producción y de oportunidades de consumo a nivel individual y social (3). Las personas con esos trastornos también afrontan estigmatización y discriminación por la negación sistemática de sus derechos humanos básicos, que abarcan desde oportunidades limitadas de educación y empleo al abuso y negación de la libertad, incluso dentro de establecimientos de atención de salud (2).

Los sistemas de salud, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos, actualmente no satisfacen las necesidades de salud mental de las poblaciones a las que sirven. Los recursos disponibles para enfrentar esta enorme carga son insuficientes, están distribuidos de manera desigual y se usan ineficientemente, de tal modo que una gran mayoría de las personas que sufren trastornos MNS no reciben ninguna atención (4), a pesar de la comprobada eficacia y efectividad de las intervenciones psicosociales y farmacológicas (5).

En mayo del año 2012, la Sexagésima Quinta Asamblea Mundial de la Salud exhortó al Director General de la OMS a preparar el Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (6) a fin de ampliar a mayor escala los servicios de salud mental y atención social en la comunidad, integrar la salud mental en atención primaria, procurar la continuidad de la atención prestada por proveedores en los diferentes niveles del sistema de salud, garantizar la colaboración eficaz entre proveedores formales e informales y promover el autocuidado, por ejemplo, mediante la tecnología móvil. El Plan de Acción reconoce la función esencial de la salud mental para lograr la salud para todos.

## Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP)

Con el fin de reducir las brechas en el tratamiento de los trastornos MNS, en 2008, la OMS lanzó el mhGAP (7). Su objetivo principal es reforzar los compromisos de los gobiernos, los organismos internacionales y otros agentes comunitarios en aumentar la asignación de recursos económicos y humanos para la atención de los trastornos MNS. El mhGAP contribuye al logro de las metas del Plan de

acción sobre salud mental 2013-2020 (6) al ampliar los servicios de salud mental de alta calidad, basados en la evidencia, que promuevan los derechos humanos, la equidad y la dignidad de las



personas que sufren esos trastornos. El mhGAP contribuye a lograr la cobertura universal de salud al integrar la atención de salud mental en servicios de salud no especializados.

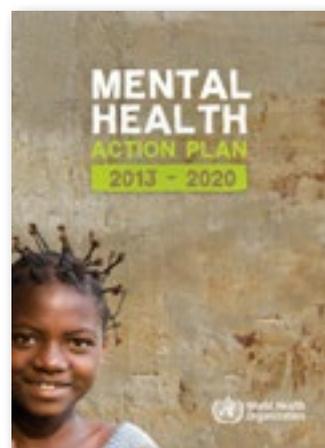
El mhGAP se basa en directrices técnicas fundadas en la evidencia (4) y proporciona un conjunto de herramientas y módulos de capacitación para ampliar la prestación de servicios. La Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada (GI-mhGAP) (8) es una herramienta clínica de toma de decisiones para evaluar y controlar los trastornos MNS prioritarios (depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente, demencia, trastornos por el consumo de sustancias, autolesión y suicidio). La primera versión de la GI-mhGAP se usó en más de 100 países y fue traducida a más de 20 idiomas y ampliamente aceptada por diversos agentes comunitarios, incluidos ministerios de salud, instituciones académicas, organizaciones no gubernamentales (ONG) y otras fundaciones filantrópicas e investigadores (9). La versión 2.0 de la GI-mhGAP, introducida en el año 2016, refleja nuevos descubrimientos en la bibliografía, directrices actualizadas y experiencias sobre el terreno. La OMS también ha preparado una versión para teléfonos inteligentes y tabletas (e-mhGAP) (sección 3.1) y manuales de capacitación (sección 2.2).

## Principios transversales para la implementación del mhGAP

Los principios transversales enumerados en el cuadro 1 fueron tomados del Plan de acción sobre salud mental 2013-2020 (6) y son consideraciones importantes que se deben tomar en cuenta en la implementación del mhGAP. En un sentido más amplio, son la base de cualquier acción relacionada con la integración de los servicios de salud mental en entornos de atención de salud no especializada.

### ¿Por qué se requiere implementar el mhGAP?

Un elemento fundamental de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de las Naciones Unidas es la cobertura universal de salud, la clave para la transformación mundial de la atención de salud que el mundo busca lograr para el año 2030 (12). Para los Estados Miembros de la OMS, “salud” en la cobertura universal de salud significa bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades (13).



En los ODS se incluyen metas para lograr la cobertura universal de salud. La meta 3.8 es: “Lograr la cobertura sanitaria universal, en particular la protección contra los riesgos financieros, el acceso a servicios de atención de salud esenciales de calidad y el acceso a medicamentos y vacunas seguros, eficaces, asequibles y de calidad para todos”. Otras dos metas que incluyen la salud mental son:

- Meta 3.4: “Para 2030, reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar”.
- Meta 3.5: “Fortalecer la prevención y el tratamiento del abuso de sustancias adictivas, incluido el uso indebido de estupefacientes y el consumo nocivo de alcohol”.

La cobertura universal de salud es también una de las tres prioridades estratégicas en el 13.º Programa General de Trabajo 2019–2023 de la OMS (14), que aborda las emergencias sanitarias y la promoción de poblaciones más saludables. El programa enumera las acciones que son necesarias, como el diálogo sobre políticas, el apoyo estratégico, la asistencia técnica y la prestación de servicios. En todas partes, las personas siguen afrontando una mezcla compleja de amenazas interconectadas para su salud y bienestar por la creciente carga de enfermedades no transmisibles (ENT), incluidos los

**Cuadro 1. Principios transversales para la implementación del mhGAP**

Principio	Descripción
<p>Cobertura universal de salud</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>En la cobertura universal de salud, todas las personas y comunidades pueden usar los servicios de salud de promoción, preventivos, curativos, rehabilitadores y paliativos que necesitan, y esos servicios son de buena calidad y no exponen a las personas al riesgo de problemas económicos.</li> <li>Todas las medidas deben beneficiar a toda la sociedad, independientemente de la edad, el sexo, la posición socioeconómica, la nacionalidad, la raza, la etnicidad, la religión o la orientación sexual. Las personas con trastornos MNS deben tener acceso a servicios esenciales de salud y sociales que les permitan lograr el grado máximo de salud que se pueda alcanzar.</li> </ul>
<p>Derechos humanos</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las personas con trastornos MNS son especialmente vulnerables a la violación de sus derechos humanos (10).</li> <li>Los proveedores deben promover los derechos y defender la dignidad de las personas con trastornos MNS, de acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos, incluida la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas (11) y la legislación nacional sobre las personas con discapacidad (vea también más adelante la atención y las prácticas esenciales de salud).</li> <li>El Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS (10) brinda orientación práctica para mejorar la calidad de la atención proporcionada por los servicios de salud mental, y para promover los derechos de las personas con trastornos MNS. Ofrece un enfoque de la atención orientado a la rehabilitación y basado en los derechos.</li> </ul>
<p>Práctica basada en la evidencia</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las intervenciones para la prevención, el tratamiento y la atención de los trastornos MNS se deben basar en la evidencia científica, las mejores prácticas y tener en cuenta el contexto.</li> <li>Las directrices del mhGAP son la base de la versión 2.0 de la GI-mhGAP y del manual operativo del mhGAP y destacan la importancia de la evidencia científica y las mejores prácticas en la planificación, la preparación y la prestación de servicios de salud mental integrados (5).</li> </ul>
<p>Enfoque de curso de vida</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Las políticas, los planes y los servicios de salud mental deben tener en cuenta las cambiantes necesidades sociales y de salud a lo largo de todo el curso de la vida (en la primera infancia, la adolescencia, la edad adulta y la vejez).</li> <li>Un enfoque que abarque la totalidad del ciclo de vida refleja el ODS de las Naciones Unidas de asegurar una vida saludable y promover el bienestar para todos en todas las edades.</li> <li>También destaca la importancia de la prevención y la intervención temprana.</li> </ul>
<p>Enfoque multisectorial</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los trastornos MNS se vinculan con los entornos sociales, económicos y físicos donde viven las personas. Una respuesta integral y coordinada de atención para los trastornos MNS requiere alianzas multisectoriales con muchos proveedores de servicios en los sectores de la salud, la educación y la asistencia social y el sector privado.</li> <li>La implementación del mhGAP no debe dar lugar a la creación de servicios paralelos de salud mental. Para garantizar esto, se deben forjar alianzas entre los departamentos de los gobiernos distritales.</li> <li>Un enfoque colaborativo en el punto de la prestación de los servicios es vital para la evaluación, el diagnóstico y el tratamiento de trastornos MNS.</li> </ul>
<p>Empoderamiento de las personas con trastornos MNS</p> 	<ul style="list-style-type: none"> <li>Es preciso promover en todo momento el empoderamiento y la inclusión de las personas con trastornos MNS y se debe incluir la toma de decisiones equitativas sobre la atención y los servicios, sin discriminación.</li> <li>Las personas con trastornos MNS deben estar en el centro de la atención que reciben; por lo tanto, se deben involucrar en la promoción de la causa y en las decisiones sobre políticas, planificación, legislación, prestación de servicios, seguimiento, investigación y evaluación.</li> </ul>

Es importante tener presente estos principios transversales en cada etapa de la implementación del mhGAP.

trastornos MNS. Más de la mitad de la población del mundo todavía no puede acceder a los servicios de salud sin tener dificultades económicas (13). El acceso equitativo a la atención de buena calidad, el financiamiento justo y la protección de los derechos humanos son metas importantes de un sistema de salud que funcione bien, que no deja atrás a nadie, incluidas las personas con trastornos MNS (2).

El mhGAP se basa en un enfoque centrado en las personas. Muchos sistemas de salud comprenden programas verticales de atención con una determinada orientación, a menudo específica para la enfermedad. Este enfoque fragmentado no tiene en cuenta el hecho de que

los trastornos MNS generalmente se presentan con ENT como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, y con otras enfermedades crónicas, como la infección por el VIH/sida (15). El mhGAP requiere la integración de la salud mental en los entornos de atención de salud no especializada y proporciona las herramientas y recursos necesarios.

## El mhGAP promueve el respeto y la dignidad

En muchos países, los servicios siguen concentrados en hospitales psiquiátricos urbanos y con frecuencia se asocian con violaciones de los derechos humanos. Las personas con trastornos MNS deben tener acceso a servicios de atención de salud y sociales oportunos, de alta calidad, basados en la evidencia, para promover la recuperación y lograr el grado más alto posible de salud, de tal modo que gocen de una plena participación en la sociedad y en el trabajo y estén libres de estigmatización y discriminación (16).

La integración de los servicios de salud mental en los entornos de salud no especializados reduce al mínimo la estigmatización y la discriminación, eliminando el riesgo de violaciones de los derechos humanos a menudo encontradas en los hospitales psiquiátricos. La implementación del mhGAP promueve el respeto y la dignidad de acuerdo con las normas internacionales de derechos humanos, como la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas (11), a fin de apoyar la dignidad y la igualdad de derechos de grupos vulnerables. La Convención, en el Artículo 25, declara que las personas con discapacidades (incluidos los trastornos MNS) tienen derecho a gozar del más alto nivel posible de salud sin discriminación, y que los países deben proporcionar a las personas con discapacidades programas y atención de la salud gratuitos o a precios asequibles de la misma variedad y calidad que a las demás personas. El mhGAP puede ayudar a los Estados Miembros a acatar este artículo ampliando intervenciones basadas en la evidencia, orientadas a los derechos humanos en los entornos de atención de salud no especializada, cerca de donde viven las personas.

En el recuadro 1 se describe la iniciativa de Calidad y Derechos de la OMS.

### Recuadro 1: Iniciativa de Calidad y Derechos de la OMS

Calidad y Derechos de la OMS es una iniciativa para apoyar a los países en la evaluación y mejora de la calidad de la atención y los derechos humanos en los establecimientos de asistencia social y atención de salud mental. El Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS (QualityRights) (10) se puede usar en la implementación del mhGAP en los distritos para mejorar la calidad de la atención de salud mental proporcionada en todos los niveles (sección 2.4) y promover los derechos humanos en las comunidades donde nacen, crecen, trabajan, viven y envejecen las personas.

El Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS presta apoyo a los países para introducir políticas, estrategias, leyes y servicios encaminados a:

- fortalecer la capacidad de comprender y promover los derechos humanos y la recuperación;
- mejorar la calidad de la atención y el respeto de los derechos humanos en los servicios de salud mental y otros servicios relacionados;
- crear servicios comunitarios, orientados a la recuperación, con respeto y promoción de los derechos humanos;
- generar un movimiento de la sociedad civil para realizar la promoción de la causa e influir en la formulación de políticas; y
- reformar las políticas nacionales y la legislación de acuerdo con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas y otras normas internacionales sobre derechos humanos.

El instrumento para la evaluación de la calidad y los derechos se basa en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas (11) y proporciona a las dependencias gubernamentales y locales información y orientación sobre la promoción y la protección de los derechos humanos. Como parte de la iniciativa Calidad y Derechos, la OMS ha preparado un paquete integral de módulos de capacitación y orientación encaminados a aumentar la capacidad de los profesionales de salud mental, de las personas con discapacidades psicosociales, intelectuales y cognitivas, de las personas que usan servicios de salud mental, las familias, los cuidadores y otros apoyos, de las ONG y otros interesados en garantizar un enfoque de derechos humanos y de recuperación en la atención de salud mental.



**QualityRights**

## Finalidad del manual

Este manual de funcionamiento del mhGAP está diseñado para proporcionar orientación práctica paso a paso a directores de salud de los distritos y otros funcionarios responsables de integrar los servicios de salud mental y física. Incluye las herramientas necesarias para preparar, implementar, hacer el seguimiento y evaluar el mhGAP. El objetivo del manual es ayudar a los directores distritales de salud a:

- abordar la planificación descentralizada en conformidad con los programas y las políticas regionales y nacionales;
- desarrollar habilidades para ampliar los servicios a fin de abordar las necesidades no satisfechas de las personas con trastornos MNS;
- fortalecer los recursos existentes y la capacidad del personal para lograr los mayores beneficios posibles de la atención integrada de los trastornos MNS;
- prestar servicios de salud mental eficaces en entornos de atención de salud no especializada; y
- realizar actividades para mejorar la colaboración, evaluar los resultados, abogar por la inclusión de las personas con trastornos MNS en todos los aspectos de la vida de la comunidad y mejorar su calidad general de vida.

El distrito es el nivel apropiado para integrar la atención de trastornos MNS en entornos de atención de salud no especializada. El concepto de distrito difiere según el país (por ejemplo, una provincia o un condado) y según el nivel de los recursos (por ejemplo, países de ingresos bajos y medianos). Definimos un “distrito” como una circunscripción administrativa más pequeña que el nivel regional.

Las actividades descritas en este manual requieren una amplia gama de aptitudes que se obtienen con más facilidad mediante la colaboración continua de agentes comunitarios a nivel nacional, regional y distrital y personal de organismos técnicos y de desarrollo, universidades, establecimientos de atención primaria, secundaria y terciaria, organizaciones de la sociedad civil, organismos nacionales e internacionales que contribuyan al mhGAP o estén interesados en él. Estos interesados directos pueden formar parte del equipo operativo del mhGAP (sección 1.1) y también se beneficiarán con la información suministrada en este manual.

## Estructura del manual

Este manual operativo del mhGAP es un componente integral del conjunto de herramientas del mhGAP. Se insta a los directores de salud distritales y otros interesados directos involucrados en la implementación del mhGAP a utilizar el manual como orientación práctica. Los contenidos se vinculan con los módulos de implementación de la versión 2.0 de la GI-mhGAP (8) y comprenden tres etapas para abordar los requisitos y prioridades de los directores distritales de salud en diversos aspectos de la implementación (figura 1).

- **Planificar** mediante la evaluación de los sistemas de salud y la organización de la implementación del mhGAP a nivel distrital.
- **Preparar** la implementación del mhGAP mediante el fortalecimiento de la capacidad del personal y la confirmación de que el sistema de salud está preparado para la integración de la salud mental en los servicios.
- **Proveer** servicios para integrar el mhGAP en todos los niveles del sistema de salud, en los establecimientos y las comunidades.

Estas etapas se sustentan en un marco de seguimiento y evaluación para medir el progreso, identificar los retos, aumentar la calidad de los servicios de salud mental prestados en un distrito y mejorar la presentación de informes. En el anexo 1 se propone una lista de indicadores para las actividades descritas en el manual operativo del mhGAP.

El manual también incluye orientación para integrar el mhGAP en programas o entornos específicos. Se suministra información práctica a los directores distritales de salud sobre el uso del mhGAP en la respuesta a emergencias humanitarias, la integración del mhGAP en los programas existentes de salud materno-infantil y su vinculación con la atención de enfermedades crónicas.

Cada sección contiene:

- descripción general, definiciones y los fundamentos del enfoque de la implementación;
- pasos para los directores distritales de salud;
- consejos prácticos;
- indicadores propuestos para la implementación del mhGAP; y
- enseñanzas extraídas de la implementación del mhGAP y experiencias sobre el terreno.

Figura 1. Implementación del mhGAP





PLANIFICAR

# 1. PLANIFICAR

La planificación consiste en la identificación y especificación sistemáticas de las metas deseadas, los procedimientos apropiados y los recursos requeridos para alcanzar las metas. El fortalecimiento de los servicios de salud mental del distrito es un proceso continuo, que incluye la planificación para la modificación y el perfeccionamiento de la prestación de los servicios de salud mental.

Los siguientes son ejemplos de oportunidades o puntos de acceso para planificar la implementación del mhGAP a nivel distrital:

- la contribución al logro de los ODS (12), el 13.º Programa de Trabajo de la OMS (14) y el Plan de acción sobre salud mental 2013–2020 de la OMS (6);
- la aplicación a nivel distrital de una política, legislación o plan nacionales de salud mental; las condiciones a nivel distrital de la integración de la atención de trastornos MNS en programas nacionales de atención general de salud o contra las ENT;
- la reformulación del plan distrital existente luego de analizar las necesidades de la población en cuanto a la atención de trastornos MNS y la prestación de servicios que sean más eficaces y eficientes; por ejemplo, la introducción de servicios descentralizados y comunitarios para reemplazar el tratamiento en hospitales; la optimización de la utilización de los recursos disponibles y la reasignación de fondos para la salud mental en un presupuesto sanitario distrital revisado;
- la respuesta a un nuevo problema de salud con consecuencias psicosociales y de salud mental conocidas (por ejemplo, las enfermedades por el virus del Zika y por el virus del Ébola) o la reaparición o el resurgimiento de un problema de salud conocido (por ejemplo, la tuberculosis y la infección por el VIH/sida), que podría requerir una reconfiguración de los servicios existentes o la integración de la atención de los trastornos MNS en los programas de salud pública; y
- la respuesta a la afluencia de un gran número de personas desplazadas (por ejemplo, refugiados, buscadores de asilo y personas desplazadas dentro de su país) con fondos asignados por organismos de ayuda para mejorar la prestación de servicios de salud mental a las poblaciones anfitrionas y las poblaciones desplazadas (sección 5.1).

Una vez que se han completado las actividades en esta etapa, los resultados que obtienen los directores distritales de salud incluyen un equipo operativo del mhGAP en funcionamiento, análisis completos de la situación en el distrito y en los establecimientos, un plan operativo y un presupuesto para implementar el mhGAP.

Hay que tener presentes los principios transversales cuando se planifica la implementación del mhGAP.



Las personas que implementan el mhGAP pueden enfrentar obstáculos durante la etapa de planificación. En el cuadro 2 se indican las principales barreras para la introducción del mhGAP en entornos de atención de salud no especializada y las posibles soluciones.

Hay que tener presentes los principios transversales cuando se planifica la implementación del mhGAP.

**Cuadro 2. Posibles barreras y posibles soluciones en la etapa de planificación**

Posibles barreras	Posibles soluciones	Secciones pertinentes
La salud mental no es una prioridad de salud pública a nivel distrital.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir a interesados directos del sector de la salud y otros sectores pertinentes en el equipo operativo del mhGAP.</li> <li>Abogar por la salud mental ante los responsables de la formulación de políticas y generar conciencia en la comunidad durante toda la implementación del mhGAP.</li> <li>Fortalecer a los grupos de usuarios, cuidadores y promotores de la causa a fin de que se conviertan en líderes para la salud mental en la comunidad.</li> <li>Trabajar con los responsables de la formulación de políticas regionales y nacionales en la revisión de los planes de salud mental y la reasignación del presupuesto para la atención de trastornos MNS.</li> <li>Colaborar con otros sectores para fortalecer el sistema de salud en general, en lugar de promover enfoques verticales en los cuales se prestan servicios de salud mental en forma aislada.</li> <li>Aportar evidencia sobre tratamientos eficaces y económicos para los trastornos MNS.</li> <li>Apoyar la promoción de la causa por organizaciones de usuarios de la atención de salud mental.</li> </ul>	1.1, 1.3, 1.4 y 3.3
Los servicios de atención de trastornos MNS están centralizados en establecimientos grandes y en las ciudades más grandes.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Incluir las brechas de los servicios en el análisis de la situación distrital.</li> <li>Elaborar un plan para ampliar los servicios de salud mental en las zonas rurales y subatendidas del distrito.</li> <li>Incluir a los especialistas en salud mental en la planificación para que conozcan los beneficios de compartir las tareas y de la participación de no especialistas en la atención de salud mental, y su rol al brindarles apoyo.</li> <li>Definir vías claras de referencia y contrarreferencia de pacientes, vinculadas con las funciones y las responsabilidades previstas de los especialistas y los no especialistas, y también entre establecimientos centralizados (por ejemplo, hospitales de distrito o psiquiátricos) y servicios en la comunidad.</li> </ul>	1.2, 1.3 y 2.4
Solo se cuenta con limitados recursos humanos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Destacar las actuales brechas en cuanto a recursos humanos detectados en el análisis de la situación.</li> <li>Formular un plan y un presupuesto para fortalecer la capacidad de los proveedores de atención sanitaria y los trabajadores de la comunidad no especialistas en las zonas subatendidas.</li> <li>Hacer un uso más eficiente de los especialistas en salud mental (por ejemplo, para desarrollar la capacidad de los proveedores de atención de salud no especializada y supervisarlos).</li> </ul>	1.2, 1.3 y 2.2

Adaptado de la referencia (17).



## 1.1

## Integrar un equipo operativo del mhGAP

El mhGAP no puede ser implementado por una sola persona. El primer paso es establecer un equipo operativo que asumirá la responsabilidad de supervisar la implementación, que incluya a interesados directos de diversos sectores en el distrito, para facilitar la colaboración y la coordinación de las actividades durante las tres etapas.

El equipo puede incluir a un director distrital de salud, un director de establecimientos de salud, un representante del personal encargado de registros médicos o del sistema de información de salud, dirigentes de la comunidad y líderes de grupos étnicos y culturas tradicionales, funcionarios de sanidad de alto nivel, otros sectores (incluidas ONG pertinentes), representantes de diversos cuadros de trabajadores, capacitadores formados y supervisores y personas con trastornos MNS y sus familias. El equipo operativo también puede incluir a representantes de autoridades regionales y nacionales de salud que supervisen la implementación en los distritos.

Las actividades del equipo operativo del mhGAP requieren una variedad de aptitudes. Las cualidades que se mencionan a continuación pueden ser usadas como criterios de selección para definir a los miembros del equipo:

- conocen el sistema local de salud y los principios de salud pública;
- son líderes que han estado en sus puestos durante algún tiempo y es probable que permanezcan en ellos;
- son profesionales que trabajan desde hace poco tiempo en el ámbito de la salud mental, que tal vez comprendan mejor los retos actuales dentro del sistema y propongan estrategias innovadoras para resolver los problemas;
- tienen capacidad para organizarse, cumplir los plazos y hacer que otras personas asuman su responsabilidad; y
- tienen capacidad para comunicarse con diversos interesados directos, desde los funcionarios de gobierno a los proveedores y los administradores de atención sanitaria y las personas con trastornos MNS y sus familias.

Es improbable un cambio sistémico si no hay liderazgo. El equipo operativo del mhGAP facilita la participación eficaz de todos los interesados directos, contribuye a la planificación del mhGAP y supervisa todas las actividades. Puede ser necesario un mandato oficial del gobierno nacional o regional para reforzar el liderazgo de un equipo operativo del mhGAP.

Las responsabilidades del equipo operativo son:

- Dirigir la implementación del mhGAP en todas sus etapas.
- Abogar por la salud mental.
- Crear un foro para reunir a directores distritales de salud y otras personas involucradas en la planificación e implementación del mhGAP (anexo 2) y designar grupos de trabajo o puntos focales para dirigir ciertas actividades conforme a sus aptitudes y redes.
- Supervisar (y a veces participar directamente) en el seguimiento y la evaluación de las actividades.

## ■ Función de los directores distritales de salud y otros interesados directos clave en la integración de un equipo operativo

**Paso 1.** Defina claramente la finalidad, la estructura y las atribuciones del equipo operativo del mhGAP.

**Paso 2.** Elija a los miembros del equipo conforme a los criterios de selección.

- Pueden estar representados actores de los siguientes sectores: los servicios de atención de salud generales y especializados, programas comunitarios, sectores de la educación y del empleo, ONG, servicios gubernamentales, asociaciones de personas con trastornos MNS y sus familias (anexo 2).
- Identifique las aptitudes, la pericia, la capacidad y los recursos de cada miembro del equipo, asigne responsabilidades al coordinar las operaciones y designe puntos focales para dirigir actividades específicas y, de ese modo, compartir el liderazgo.

**Paso 3.** Prepare un plan de trabajo, incluidos los calendarios para las reuniones, y defina los resultados esperados, las funciones y las responsabilidades, los cronogramas y los mecanismos de presentación de informes. Esto se puede usar como base para el plan operativo y el presupuesto del mhGAP (sección 1.3).

**Paso 4.** Asegúrese de que el equipo operativo del mhGAP cuente con los suficientes recursos y apoyos para llevar a cabo su mandato. Esto puede requerir:

- apoyo y el compromiso administrativos;
- recursos económicos y espacio físico;
- herramientas para el mapeo de los servicios existentes y su utilización;
- el apoyo de personal del sistema de información de salud; y
- conocimientos técnicos especializados esenciales, que puede estar disponibles a nivel regional o nacional.

**Paso 5.** Las primeras actividades del equipo operativo del mhGAP pueden incluir:

- conocer las opiniones y las expectativas de las personas con trastornos MNS y sus familias para orientar la atención que se preste;
- conocer a los expertos locales, incluidas las asociaciones profesionales y organizaciones que prestan apoyo psicosocial en el país o la región; y
- participar en la capacitación sobre Calidad y Derechos (10) para garantizar servicios de buena calidad que promuevan los derechos humanos.



### Consejos prácticos

- Las reuniones de equipo son una oportunidad para el aprendizaje mutuo entre sus miembros. Las teleconferencias ayudan a reducir el tiempo de traslado y los costos.
- Las funciones principales de todos los miembros del equipo operativo del mhGAP son concientizar y promover los derechos de las personas con trastornos MNS (secciones 3.3 y 3.4).



## mhGAP Indicadores de la implementación

- Existencia de un equipo operativo del mhGAP, sectores representados y funciones del equipo.
- Número total de reuniones del equipo operativo del mhGAP al año.

**Medios de verificación:** términos de referencia, actas de las reuniones, el plan y el presupuesto para las actividades del equipo.

**Herramienta:** Ejemplo de interesados directos involucrados en la implementación del mhGAP en un distrito (anexo 2).



### Formación de un equipo de interesados directos clave en la salud mental: la Coalición de Salud Mental de Sierra Leona

En Sierra Leona, los servicios de salud mental son limitados y anticuados, a pesar de la necesidad apremiante de atención de trastornos MNS debido a una infraestructura sanitaria débil, a décadas de guerra civil, al brote de enfermedad por el virus del Ébola y a deslizamientos de tierra devastadores. Las personas con trastornos MNS a menudo son excluidas de sus comunidades y las violaciones de derechos humanos son comunes.

La Coalición de Salud Mental Sierra Leona se estableció como una voz colectiva para abogar por un mejor acceso a la atención de trastornos MNS, promover los derechos de las personas que padecen esos trastornos y establecer importantes servicios y programas de salud mental. Los miembros del equipo de la Coalición son integrantes del personal del Ministerio de Salud y Saneamiento, el hospital psiquiátrico, los servicios de salud mental del gobierno, el hospital docente, el sector privado y ONG locales e internacionales, líderes religiosos, curanderos, personas con trastornos MNS y sus familias.

Sus miembros participaron en la preparación de una política nacional de salud mental y el patrocinio de conferencias anuales internacionales. La participación de interesados directos y el liderazgo compartido en la Coalición generaron el establecimiento de subcomités, como el encargado de coordinar la respuesta a las emergencias de salud mental y el apoyo psicosocial durante el brote de enfermedad por el virus del Ébola y el subcomité que se ocupa de fortalecer la capacidad de investigación.

En coordinación con los directores distritales de salud, la Coalición estableció centros de salud mental del distrito y capacitó a enfermeras y otros proveedores en el uso de la GI-mhGAP (8) y del instrumento de Calidad y Derechos (10) y en la primera ayuda psicológica (18).

La Coalición se ha establecido como una referencia importante para las actividades de salud mental en el país y está representada en el comité directivo nacional para la salud mental del Ministerio de Salud y Saneamiento. La buena organización por un equipo específico de líderes dio como resultado un organismo reconocido por desempeñar un papel esencial en la reforma de los servicios nacionales de salud mental. El financiamiento seguro y sujeto a una determinada cronología que aportó la Unión Europea permitió que el equipo planificara su propia recaudación de fondos y ha asegurado la sostenibilidad del financiamiento a largo plazo.

*Fuentes:*

- Mental Health Innovation Network (<http://www.mhinnovation.net/innovations/mental-health-coalition-%E2%80%93-sierra-leone>).
- The Mental Health Coalition—Sierra Leone (<https://mentalhealthcoalitionsi.com>).

## 1.2 Realizar un análisis de la situación

Un análisis de la situación define las condiciones existentes en un distrito que pueden afectar a las personas con trastornos MNS y pueden facilitar o dificultar la integración de los servicios de salud mental en el sistema general de salud. Es un primer paso esencial para la toma fundamentada de decisiones y se usa directamente al preparar el plan operativo y el presupuesto. Brinda una oportunidad de ponerse en contacto con muchos interesados directos, no solo para obtener su aporte práctico sino también para concientizarlos acerca de los planes para la reforma de la atención de salud mental y promover su participación en el futuro. Según el contexto, el análisis de la situación debe incluir la evaluación de los sistemas de información de salud que sean pertinentes para el seguimiento y la evaluación de las operaciones.

El análisis de la situación para la implementación del mhGAP se puede basar en datos cuantitativos y cualitativos. Se deben usar los datos epidemiológicos disponibles antes de recopilar nuevos. Una opción eficaz en función de los costos para recopilar nuevos datos sobre la necesidad de atención de salud mental es utilizar datos de países vecinos o de países con contextos similares. Se puede encontrar esa información en los cálculos de la carga mundial de morbilidad (1), el Atlas de salud mental de la OMS (4) y el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental de la Organización Mundial de la Salud (IESM-OMS) (19). Las investigaciones cualitativas que hagan hincapié en las entrevistas semiestructuradas y los grupos de discusión pueden ser utilizadas para comprender mejor el contexto en el que se prestan los servicios, incluyendo las actitudes y creencias de las personas con trastornos MNS, sus familias, el personal de salud y los responsables de la formulación de políticas.

### ■ Función del equipo operativo del mhGAP en la realización de un análisis de la situación

**Paso 1.** Designe un punto focal del equipo operativo para que sea responsable de la realización del análisis de la situación y de todas las tareas, incluida la modificación de las herramientas (anexo 3) para los niveles de distrito y de establecimientos, la recolección y el análisis de datos y la redacción de informes.

**Paso 2.** Adapte las herramientas (anexo 4). Use las plantillas propuestas para el análisis de la situación distrital y los establecimientos a fin de crear herramientas específicas para el distrito. Puede ser necesario traducir algunas herramientas.

**Paso 3.** Reúna todas las fuentes posibles de información para el uso integral de las herramientas durante las visitas sobre el terreno:

- la bibliografía publicada (por ejemplo, revistas científicas internacionales y publicaciones nacionales);
- la literatura “gris” inédita, por ejemplo, publicaciones e informes de ONG locales o del gobierno;
- publicaciones de la OMS (por ejemplo, el Atlas de Salud Mental (4), el Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental (19);



### Consejos prácticos

- Asegúrese de que las herramientas se alineen con indicadores clave del seguimiento y la evaluación (anexo 1), ya que la información recopilada para el análisis de la situación proporcionará los datos iniciales para evaluar el programa. Antes de recopilar los datos, recuerde determinar si son esenciales y si serán usados.
- Busque fuentes de datos o grupos de trabajo ya existentes antes de iniciar actividades nuevas.
- Cuando sea factible, póngase en contacto con investigadores, epidemiólogos o metodólogos en el distrito (en el gobierno o universidades) para que ayuden en la adaptación de herramientas, el análisis y la elaboración de informes.

- informantes clave o la opinión de expertos (que proporcionan generalmente datos cualitativos) sobre factores socioculturales que podrían constituir obstáculos para la implementación del mhGAP; y
- datos comúnmente recopilados (por ejemplo, los recolectados por el sistema nacional de información sanitaria o en censos): datos individuales recopilados en establecimientos y datos poblacionales recopilados en encuestas domiciliarias o en la comunidad.

**Paso 4.** Analice los datos para aclarar cuáles son los recursos actuales del distrito y los establecimientos y las barreras para un acceso equitativo. Use los resultados para identificar los obstáculos para la implementación del mhGAP.

**Paso 5.** Los resultados preliminares obtenidos en el análisis de la situación pueden ser presentados por el grupo de trabajo al equipo operativo del mhGAP para retroalimentación y discusión.

**Paso 6.** Si los recursos lo permiten, se podría preparar un informe que sirva como punto de comparación (vea la lista de verificación en el anexo 3) y que luego se pueda usar para sustentar la planificación, adaptación e implementación del mhGAP.



## mhGAP Indicadores de la implementación

**Indicador:** El análisis completo de la situación indica las necesidades y los recursos a nivel distrital y de los establecimientos.

**Medios de verificación:** Análisis completo de la situación.

**Herramienta:** las herramientas del mhGAP para el análisis de la situación en los distritos y los establecimientos y la lista de verificación del informe sobre el análisis de la situación del mhGAP (anexo 3).



### La planificación de servicios de salud mental en Uganda: un análisis de la situación

Antes de implementar el mhGAP en Uganda, el equipo del Programa para mejorar la atención de salud mental (PRIME) realizó un análisis de la situación como base para diseñar un programa encaminado a ampliar la atención de trastornos MNS en el distrito beneficiario. El análisis se basó en datos tanto cuantitativos como cualitativos, incluidos un estudio teórico y el análisis de documentos e informes actuales y pertinentes (datos secundarios) de los distritos y entrevistas con informantes clave, debates en grupos de discusión con diversos interesados directos y visitas sobre el terreno. Estos datos proporcionaron un conocimiento de la situación de la salud mental, los procesos de atención, problemas subyacentes e interacciones con interesados directos en los distritos en relación con la accesibilidad, disponibilidad y prestación de servicios de salud mental.

El estudio teórico de los documentos y las discusiones en grupo con los interesados directos reveló tres problemas principales: (i) la instrumentación inadecuada de los pasos para integrar la salud mental en la atención primaria de salud en la programación existente; (ii) la percepción de la salud mental como una prioridad poco importante por personas clave en los distritos de la implementación, reflejada en una acción limitada o la falta de acción para aumentar el acceso a la atención de trastornos MNS; y (iii) la prestación de atención de salud mental en relativamente pocos establecimientos de salud por determinado personal de atención de salud, ya sobrecargado de trabajo.

Los resultados del análisis de la situación influyeron en las actividades y la revisión de áreas prioritarias en el proyecto planeado para aumentar la atención de trastornos MNS en distritos vulnerables y con recursos insuficientes de Uganda, incluyendo el aumento de la capacitación del personal de atención general de salud en la identificación, el tratamiento y la referencia de pacientes con trastornos MNS prioritarios en la región, usando el mhGAP.

*Fuente: PRIME situation analysis tool for planning district mental health care (18).*

## 1.3

## Formular un plan operativo y el presupuesto del mhGAP

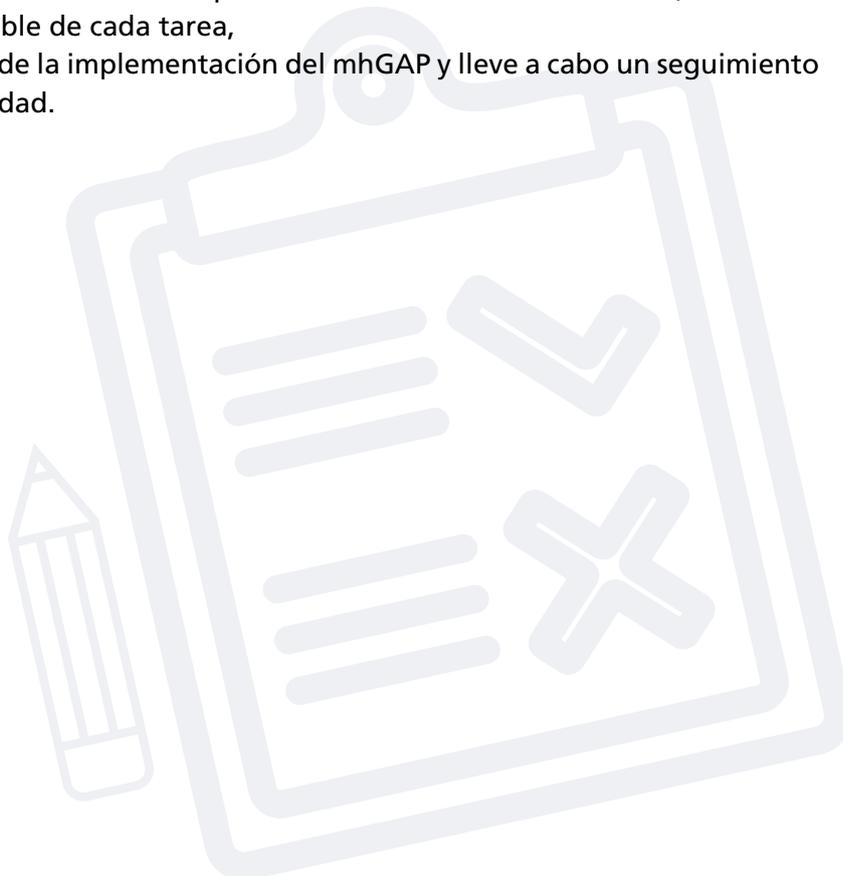
Un plan para la implementación del mhGAP a nivel distrital incluye actividades específicas secuenciales, un presupuesto para recursos humanos y económicos, organismos o personas responsables, y un cronograma e indicadores del seguimiento. El presupuesto distrital también incluye los costos calculados de las actividades requeridas para implementar el plan.

Muchos países de ingresos bajos y medianos actualmente asignan menos de 2% o hasta 1% de su presupuesto sanitario al tratamiento y prevención de trastornos MNS, mientras que los países de ingresos altos normalmente dedican de 5% a 10% del presupuesto sanitario a dichos trastornos (4). Esto generalmente origina un presupuesto inferior para la salud mental a nivel distrital.

El mhGAP no puede ser implementado de manera fortuita y es preciso seguir los pasos descritos en el plan operativo distrital del mhGAP. Con un plan estructurado y un presupuesto asignado para las actividades, el equipo operativo puede llevar a cabo el seguimiento del progreso hacia los resultados previstos. Idealmente se debe formular el plan después del análisis de la situación (cuando sea factible) y se lo debe examinar periódicamente.

Una lista de verificación para un plan operativo del mhGAP (anexo 4) puede servir de modelo para un conjunto mínimo de actividades:

- enumere todas las actividades en todas las etapas de la implementación,
- establezca los cronogramas y las fechas límite,
- determine un financiamiento fiable,
- reasigne a los servicios existentes fondos para la atención de trastornos MNS,
- defina quién es responsable de cada tarea,
- enumere los indicadores de la implementación del mhGAP y lleve a cabo un seguimiento del estado de cada actividad.



## ■ Función del equipo operativo del mhGAP al implementar el plan operativo

**Paso 1.** Examine el análisis de la situación antes de preparar el plan operativo del mhGAP para comprender la organización del sistema de salud, los posibles obstáculos y los recursos disponibles en el distrito.

**Paso 2.** Haga participar a los interesados directos durante las reuniones ordinarias, o, si es factible, realice un taller que involucre a los interesados directos para promover la participación y el apoyo amplios.

- Designe un punto focal del equipo operativo del mhGAP para dirigir el desarrollo, el seguimiento y la revisión del plan y el presupuesto durante la implementación.
- Designe a una persona para que sea el principal responsable de la autorización del presupuesto general de la atención de trastornos MNS, ante quien el equipo operativo sea responsable para la aprobación del presupuesto.

**Paso 3.** Prepare el plan operativo y el proyecto de presupuesto del mhGAP y asegúrese de que se incluyan todos los puntos de la lista de verificación de las actividades mínimas (anexo 4).

- Enumere todas las actividades y los insumos requeridos para la implementación del mhGAP en el distrito, incluidos servicios de apoyo como el transporte, los tipos de personal, el tiempo destinado a la atención de trastornos MNS, los medicamentos psicotrópicos, las comunicaciones, el seguimiento y la evaluación, la capacitación y la supervisión.
- Determine el costo de las actividades, los insumos y los servicios de apoyo según las tarifas del gobierno.
- Vea las publicaciones del programa PRIME sobre el desarrollo de planes distritales de salud mental en Etiopía (21), en Nepal (22), en la India (23), en Sudáfrica (24) y en Uganda (25) y los componentes del mapeo en los países (26).

**Paso 4.** Determine si están disponibles los fondos para las actividades del mhGAP. Si el presupuesto está disponible, inicie la implementación; si no lo está:

- Abogue por la asignación de más fondos del gobierno regional o nacional (sección 1.4).
- Recauda fondos mediante el enlace con organismos de financiamiento o colabore con nuevos interesados directos. Considere la posibilidad de un uso más eficiente de los recursos existentes a fin de liberar fondos para la implementación del mhGAP.
- Como la atención de los trastornos MNS es importante para alcanzar las metas de otras prioridades sanitarias en el distrito y a nivel nacional (por ejemplo, la lucha contra la infección por el VIH/sida, la salud materno-infantil), se debe considerar la posibilidad de reasignar presupuesto a la implementación del mhGAP (27).

**Paso 5.** Extienda gradualmente las actividades a zonas geográficas más grandes, según la capacidad y los recursos. Ajuste adecuadamente el plan y el presupuesto. Asegúrese de que también se tenga en cuenta la sostenibilidad a largo plazo en el plan operativo y el presupuesto (28).



### Consejos prácticos

- La planificación eficaz requiere cambios y flexibilidad. El plan operativo del mhGAP refleja los recursos identificados por el análisis de la situación (sección 1.2). Puede ser necesario revisar y adaptar continua o gradualmente el plan y el presupuesto.
- Debe haber un presupuesto claramente definido e identificable para la implementación del mhGAP, ya sea bajo el control de los directores distritales de salud o como un componente del presupuesto sanitario general.
- El establecimiento de un cronograma para preparar un plan operativo del mhGAP puede evitar una planificación extensa.
- Las personas con trastornos MNS y sus cuidadores deben participar en la planificación, ya sea en el equipo operativo o mediante la consulta regular durante la redacción o la revisión del plan y el presupuesto.



## mhGAP Indicadores de la implementación

- La atención de los trastornos MNS es integrada en el plan de salud distrital y es aprobada por el gobierno.
- Se cuenta con un presupuesto que especifica los recursos económicos, humanos y físicos requeridos para implementar el mhGAP en el distrito.

**Medios de verificación:** Examen de las agendas y actas de las reuniones y ajuste continuo del plan y el presupuesto.

**Herramientas:** Lista de verificación de la implementación del mhGAP y de una muestra del plan operativo (anexo 4).



### La colaboración con el Gobierno condujo a la ampliación de la atención de los trastornos MNS y a una estrategia de financiamiento sostenible en la India

Un foco de interés fundamental en el proyecto del Programa para mejorar la atención de salud mental (PRIME, por sus siglas en inglés) en la India fue la colaboración establecida entre el equipo de investigación, el Ministerio de Salud y el Gobierno de Madhya Pradesh. En el análisis de la situación emprendido por PRIME, se examinaron el plan y el presupuesto de atención de salud mental existentes en el distrito y se identificaron posibles barreras para la implementación. Se encontró que la limitada coordinación entre los interesados directos responsables de la puesta en práctica de los programas de salud mental daba como resultado la utilización deficiente de los fondos asignados.

Para afrontar este desafío, el equipo del PRIME recomendó y promovió que el presupuesto del Estado incluyera fondos dedicados a programas de salud mental y encontró soluciones innovadoras para multiplicar los fondos provenientes de la Misión Nacional de Salud Rural (ahora Misión de Salud Nacional) para adquirir medicamentos psicotrópicos y para otras actividades del programa. Los funcionarios del gobierno incluyeron actividades de salud mental en la implementación del plan anual de la Misión de Salud Nacional. El Gobierno pudo asignar fondos para la salud mental en el ejercicio económico 2015 2016, que se incrementaron en 35% para 2016 2017. Además, se creó un puesto de tiempo completo de Director Adjunto de Salud Mental, con fondos asignados garantizados para el reforzamiento de los programas de salud mental y el nombramiento de un funcionario de alto nivel para supervisar la implementación de los proyectos, como parte de los esfuerzos de la Misión para mantener los servicios de salud mental.

El financiamiento asignado por el Gobierno para aumentar la atención de trastornos MNS y la persona designada por el Gobierno para coordinar las actividades de salud mental contribuyeron de manera importante a abogar por una ampliación sostenible del mhGAP (29, 30).

## 1.4 Abogar por la salud mental

Se reconoce ampliamente que la promoción es un método eficaz para generar apoyo a las iniciativas de salud. Implica crear conciencia en los interesados directos del distrito, en particular en los responsables de la formulación de políticas y los líderes de salud pública, acerca de la carga de los trastornos MNS, autolesiones y suicidios. Según el conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental de la OMS (28), la defensa de la salud mental abarca acciones encaminadas a cambiar las principales barreras estructurales y las actitudes que obstaculizan el logro de resultados positivos en relación con los trastornos MNS.

El objetivo de abogar por la salud mental es promover los derechos humanos de las personas con trastornos MNS, reducir la estigmatización y la discriminación y respetar la autonomía de las personas para abogar por sí mismos y por los demás. Al defender la salud mental, los interesados directos conocen mejor la disponibilidad de intervenciones eficaces para una buena salud mental, para la prevención de los trastornos MNS, para la autolesión y el suicidio, y para tratamiento y atención eficaces. Abogar por la salud mental es también importante para la recaudación de fondos y las asignaciones presupuestarias destinadas a mejorar los servicios de salud mental. Su objetivo es la prestación de atención accesible, asequible, aceptable y de buena calidad para los trastornos MNS.

### ■ Función del equipo operativo del mhGAP al abogar por la salud mental

**Paso 1.** Incluya la promoción de la salud mental como un punto permanente en la agenda de las reuniones del equipo operativo del mhGAP:

- Responda a las preguntas: ¿Por qué debemos abogar por ampliar los servicios y garantizar la inclusión de las personas con trastornos MNS? ¿Hacia quiénes se dirigen los esfuerzos de abogacía? ¿Qué mensajes clave se deben transmitir? ¿Cómo pueden tomar parte en la promoción de la salud mental las personas con trastornos MNS y sus cuidadores?
- Integre las respuestas a estas preguntas en toda la etapa de planificación. Por ejemplo, integre la promoción de la causa en el plan operativo y el presupuesto (sección 1.3)

**Paso 2.** Abogue ante los responsables de la formulación de políticas y otros interesados directos por la formulación de un mandato oficial para la implementación y el presupuesto del mhGAP.

- Presente evidencia técnica obtenida en el análisis de la situación (sección 1.2) y estrategias eficaces de intervención del mhGAP y alinee el plan operativo y el presupuesto con las prioridades políticas (sección 1.3).
- Abogue ante los responsables de la formulación de políticas de alto nivel por un mayor acceso al tratamiento para las personas con trastornos MNS, incluyendo la disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos esenciales en el sistema del seguro nacional de salud (sección 2.5) y la capacitación de proveedores de atención de salud no especializada en la versión 2.0 de la GI-mhGAP (sección 2.2).

**Paso 3.** Participe indirectamente en la promoción de la salud mental apoyando a los grupos existentes en la comunidad. Siempre se debe abogar por la causa en los servicios de salud mental disponibles, promoviendo la incorporación de servicios integrados de salud mental y física y el acceso a ellos.

### Consejos prácticos

- Considere las funciones de las personas con trastornos MNS y sus familias, las ONG, el personal de salud general y de salud mental, los responsables de la formulación de políticas y los planificadores en la planificación y la realización de la promoción de la salud mental. Las personas con trastornos MNS y sus familias han desempeñado diversas funciones en la promoción de la salud mental, desde influir en las políticas y la legislación al apoyo de pares; también pueden formar parte del equipo operativo, con funciones de liderazgo en la implementación del mhGAP.
- Establezca colaboración con otros movimientos de abogacía, incluidos los que abogan por los derechos humanos y los derechos de las personas con discapacidad. Las ONG pueden apoyar y empoderar a las personas con trastornos MNS y sus familias.



## mhGAP Indicadores de la Implementación

**Indicador:** Número de actividades de promoción de la causa completadas.

**Medios de verificación:** La retroalimentación aportada por líderes de salud mental y de salud pública; encuestas previas y posteriores sobre conocimientos, actitudes y percepciones de los interesados directos clave; cambios en las políticas o los planes de salud mental.

**Herramienta:** Plantilla para la adaptación de la versión 2.0 de la GI-mhGAP.



### Abogar por la asignación de presupuestos para la atención de salud mental en Kenya

En Kenya, los psiquiatras están concentrados en las zonas urbanas y los consultorios en los condados no tienen material o recursos humanos para apoyar la atención de salud mental, como especialistas en salud mental, suministros médicos o infraestructura física.

La Fundación de Salud Mental de África (AMHF, por sus siglas en inglés) es una organización de investigación sin fines de lucro con sede en Nairobi, Kenya, que realiza e intercambia investigaciones de salud mental para mejorar los servicios de salud mental a nivel nacional y en toda África. En vista de la escasez de recursos disponibles para la salud mental, en particular fuera de la capital, la AMHF ejerció presiones políticas durante varios años para que se asignara un presupuesto para la salud mental a nivel nacional y de los condados.

La presencia de larga data de la AMHF en el condado de Makueni, uno de los 47 condados de Kenya, le da credibilidad y confianza en el Ministerio. La organización había estado recopilando datos sobre el acceso de los pacientes a los servicios de salud mental y pudo demostrar a los encargados de adoptar las decisiones la existencia de brechas en el tratamiento cuando se transfirieron servicios del Gobierno de Kenya al nivel local.

Mediante el análisis de los interesados directos, la AMHF participó estratégicamente orientando la información a los funcionarios de salud del condado apropiados. Su mensaje de política se basó en dos tipos de información de interés para el Ministerio y el Gobernador: la necesidad y la rentabilidad de la inversión.

Mediante presiones políticas ante numerosos directores de salud, la AMHF encontró que hacer hincapié en la justificación económica del regreso de ciudadanos al trabajo era clave para persuadir a los encargados de adoptar las decisiones a considerar la posibilidad de destinar fondos para mejorar los servicios de salud mental.

La AMHF logró un cambio de políticas al proporcionar datos claros y acreditados, fortalecer la confianza en la comunidad y capitalizar una oportunidad política.



PREPARAR

# 2. PREPARAR

En contextos de escasos recursos donde el número de proveedores de servicios de salud mental es limitado, la mejor estrategia para aumentar el acceso a la atención es fortalecer los sistemas de salud para que presten servicios de salud mental integrados a la atención general de salud. Esto es posible solo mediante el fortalecimiento de las capacidades de los responsables de la formulación de políticas, los planificadores y los proveedores de servicios.

En muchos servicios de salud mental, la mayor parte del presupuesto anual recurrente se destina al personal; no obstante, con frecuencia se encuentran grandes dificultades en la preparación, la capacitación y el apoyo para el personal. Muchos países tienen poco personal capacitado disponible, o el personal está concentrado en los hospitales urbanos; las competencias del personal quizá sean obsoletas o no puedan satisfacer las necesidades de la población; y el personal disponible tal vez no sea utilizado apropiadamente (28).

Además de capacitar y supervisar al personal, la implementación del mhGAP también requiere que el sistema de salud esté preparado para integrar el tratamiento y la atención para los trastornos MNS. También incluye mejorar el acceso a los medicamentos psicotrópicos y las intervenciones psicológicas recomendadas en la versión 2.0 de la GI-mhGAP para el tratamiento y la atención de las personas con trastornos MNS. La capacidad del sistema de apoyar estas actividades requiere el empleo de directrices nacionales e internacionales a nivel de distrito (por ejemplo, listas de medicamentos psicotrópicos esenciales), una mejor coordinación, el fortalecimiento de los sistemas de referencia, la asignación de recursos, sistemas de información y de elaboración de informes para vigilar la disponibilidad y el uso de las intervenciones.

El objetivo de esta sección es proporcionar orientación práctica al equipo operativo del mhGAP sobre el desarrollo de sus recursos humanos y los sistemas de salud mental, incluyendo:

- la capacitación apropiada previa al servicio y durante la prestación del servicio de distintos proveedores de salud conforme a la adaptación de la versión 2.0 de la GI-mhGAP;
- la capacitación en el uso de sistemas de información y elaboración de informes para vigilar y evaluar el mhGAP con indicadores respaldados a nivel nacional;
- la supervisión continua y el apoyo de pares para los proveedores;
- la preparación del sistema de salud para mejorar la coordinación en todos los niveles de atención y todos los sectores; y
- a mejora del acceso a los medicamentos psicotrópicos y las intervenciones psicológicas.

En el cuadro 3 se indican las posibles barreras y soluciones en la etapa de preparación.

**Hay que tener en cuenta los principios transversales cuando se prepara el sistema de salud para el despliegue del mhGAP.**



Cuadro 3. Posibles barreras y soluciones en la etapa de preparación

Posibles barreras	Posibles soluciones	Secciones pertinentes
Materiales de capacitación no pertinentes para el contexto y la cultura locales	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar la versión 2.0 de la GI-mhGAP (8) y los manuales de capacitación (31) al contexto local.</li> <li>Involucrar a académicos expertos en la realización de investigaciones sobre la implementación en el contexto local.</li> </ul>	2.1
Limitaciones del personal en el distrito: conocimiento y habilidades limitadas del personal no especializado; pérdida de personal	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la capacidad del personal no especializado para realizar algunas tareas con los especialistas y aumentar el apoyo de los pares. Asegurar la fijación de límites claros a la práctica para el personal no especializado.</li> <li>Programar capacitación de actualización y adaptar los materiales a contextos variables.</li> <li>Estrategias que incentiven la innovación: promoción institucional en cuanto al desarrollo de capacidades, como títulos universitarios, y de trayectorias de la carrera profesional en los servicios de salud del gobierno, oportunidades de recibir y proporcionar mentoría y condiciones favorables del lugar de trabajo.</li> <li>Establecer un proceso de selección para identificar personal motivado para capacitarse en salud mental.</li> </ul>	2.1, 2.2 y 2.3
Muy pocos especialistas, incluyendo capacitadores y supervisores, disponibles a nivel distrital para apoyar la ampliación de los servicios	<ul style="list-style-type: none"> <li>Usar los manuales de capacitación del mhGAP de la OMS (31) para formar un equipo nacional de capacitadores principales, que luego puedan brindar capacitación local. Si la capacidad en el país es limitada, emplear capacitadores del exterior, si es factible.</li> <li>Considerar la supervisión a distancia mediante las telecomunicaciones, incluidos el teléfono, internet y las redes sociales.</li> <li>Mejorar las estructuras de supervisión en los establecimientos o los servicios en la comunidad y la atención multidisciplinaria coordinada con funciones claramente definidas para ayudar a iniciar los servicios después de la capacitación.</li> <li>Abogar por incentivos laborales para descentralizar a los especialistas y los supervisores de la atención de trastornos MNS.</li> </ul>	1.4, 2.3 y 2.4
Servicios y recursos fragmentados	<ul style="list-style-type: none"> <li>Preparar el sistema de salud coordinando la atención intersectorial para las personas con trastornos MNS.</li> <li>Trabajar en vías de atención multidisciplinaria y establecer buenos sistemas de referencia, incluidas la referencia a especialistas y la contrarreferencia a trabajadores de la comunidad.</li> </ul>	2.4
Suministro limitado de medicamentos psicotrópicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar al contexto local y usar listas nacionales e internacionales de medicamentos psicotrópicos esenciales y capacitar a los proveedores de atención de salud.</li> <li>Hacer predicciones realistas de la demanda, evaluar las cadenas de suministro existentes para otros medicamentos y obtener fondos.</li> <li>En coordinación con el Ministerio de Salud, abogar ante los proveedores de medicamentos para lograr un acceso asequible a los medicamentos psicotrópicos.</li> </ul>	1.4, 2.1 y 2.5
Pocos proveedores capacitados en realizar intervenciones psicológicas	<ul style="list-style-type: none"> <li>Adaptar las intervenciones psicológicas al contexto local, capacitar a los proveedores de atención de salud no especializada en la realización de esas intervenciones y capacitar a los supervisores.</li> <li>Definir claramente las funciones y coordinar la atención en todos los niveles de proveedores capacitados.</li> <li>Colaborar con ONG que prestan apoyo psicosocial para otros trastornos de salud, por ejemplo, a las personas con infección por VIH/sida.</li> </ul>	2.1, 2.2 y 2.6

## Adaptar los componentes del conjunto de intervenciones del mhGAP

Los países donde se puede implementar el mhGAP varían ampliamente con respecto a las políticas y la legislación, la salud mental y el sistema general de salud, la infraestructura de salud pública, la cultura y los recursos. Por consiguiente, tal vez sea preciso adaptar algunos de los componentes del conjunto de intervenciones del mhGAP.

La adaptación incluye decidir sobre los cambios en los componentes del paquete del mhGAP que son necesarios para un contexto particular y hacer esos cambios. Como mínimo, se pueden traducir los materiales del mhGAP al idioma nativo de los facilitadores y los usuarios. La adaptación podría ser tan sencilla como cambiar los nombres de las personas en los estudios de casos usados durante la capacitación por nombres que sean más comunes en el distrito donde se implementará el mhGAP. O los cambios quizá sean complejos, como reconocer las creencias espirituales o los conceptos locales de curación en el tratamiento de los trastornos MNS.

Los componentes del conjunto de intervenciones del mhGAP que quizá haya que adaptar son:

- La versión 2.0 de la GI-mhGAP (8): Esta guía es la base para los capacitadores y para la toma de decisiones clínicas. Use la plantilla para la adaptación presentada en el anexo 5.
- Manuales de capacitación del mhGAP (31): Se pueden adaptar estos manuales para capacitar a los facilitadores, los supervisores y los proveedores de atención sanitaria de acuerdo con los recursos humanos disponibles (secciones 2.2 y 2.3).
- El e-mhGAP: Se recomienda enfáticamente utilizar el formato electrónico en los entornos o zonas donde los proveedores tienen acceso a teléfonos inteligentes y tabletas, y donde es difícil distribuir copias impresas de la versión 2.0 de la GI-mhGAP (sección 3.1, recuadro 2).
- Seguimiento y evaluación: Seleccionar los indicadores y trabajar con los sistemas de información de salud existentes para adaptar el sistema de seguimiento y evaluación al contexto local (sección 4.0) y adaptar las herramientas para ayudar al equipo operativo del mhGAP y los proveedores en el registro de datos (anexo 1).
- Servicios comunitarios proporcionados por trabajadores comunitarios, trabajadores legos o sus equivalentes: Adaptar las funciones y la capacitación al contexto local (sección 3.2).
- Medicamentos psicotrópicos: Adaptar la lista de medicamentos esenciales según el formulario terapéutico nacional y las recomendaciones del centro de recursos de investigación del mhGAP (5) (sección 2.5).
- Intervenciones psicológicas: Adaptar los manuales de capacitación y definir los criterios de referencia (sección 2.6).

## ■ Función del equipo operativo en la adaptación del conjunto de intervenciones del mhGAP

**Paso 1.** Comuníquese con la autoridad nacional de salud mental para determinar si se dispone de una versión adaptada de la GI-mhGAP y analice con el equipo operativo si se requiere una adaptación para el nivel distrital.

**Paso 2.** Seleccione un grupo de trabajo para realizar la adaptación, que esté constituido por 10 a 15 expertos en las disciplinas pertinentes (por ejemplo, adicciones, neurología, pediatría, trabajo social, psicología), así como por personas que representen a diversos integrantes del personal en el área de la salud (por ejemplo, medicina familiar, enfermería).

- Familiarice al grupo con los materiales del mhGAP: la versión 2.0 de la GI-mhGAP, los manuales de capacitación del mhGAP (31), el e-mhGAP, ejemplos de adaptaciones del mhGAP y la plantilla para la adaptación de la GI-mhGAP (anexo 5), si fuera necesario.

**Paso 3.** Considere la posibilidad de realizar un taller de adaptación del mhGAP con un facilitador que conozca bien los materiales del mhGAP.

- Examine toda la bibliografía y directrices locales para la práctica clínica en relación a los trastornos MNS y los servicios disponibles en el país o el distrito, así como los resultados del análisis de la situación (anexo 3). Sobre la base de ese examen, analice cuáles son los trastornos MNS prioritarios en el distrito y contextualice el mhGAP adecuadamente.
- Debe determinar cuál es el idioma local preferido y examinar los conceptos culturales sobre los trastornos MNS y sobre el comportamiento de búsqueda de ayuda.

**Paso 4.** Ultime las adaptaciones con el grupo de trabajo después de haber recibido retroalimentación o los resultados de los talleres.

- La plantilla de adaptación de la GI-mhGAP completada (anexo 5) debe ser enviada al Departamento de Salud Mental y Abuso de Sustancias de la OMS para información y retroalimentación.



### mhGAP Indicadores de la implementación

**Indicador:** se han adaptado y están disponibles para su implementación en el distrito la versión 2.0 de la GI-mhGAP, materiales para la capacitación y la supervisión y el e-mhGAP.

**Medios de verificación:** actas del taller de adaptación y las adaptaciones de la versión 2.0 de la GI-mhGAP, los materiales de capacitación y supervisión y el e-mhGAP.

**Herramienta:** plantilla para la adaptación de la GI-mhGAP (anexo 5).



### Consejos prácticos

- Un taller es un entorno eficaz para la adaptación. Si no es posible llevar a cabo un taller presencial, se puede solicitar retroalimentación y traducción mediante el correo electrónico o una videoconferencia, que tal sean más eficaces en función del costo.
- La adaptación es continua y parte de ella también se puede hacer durante la capacitación y la supervisión. Se deben registrar notas detalladas sobre las adaptaciones y las traducciones de los materiales del mhGAP.
- A veces es mejor poner a prueba las intervenciones o las modalidades de su puesta en práctica. De ser necesario, se pueden hacer cambios en una revisión posterior.



## Adaptación del mhGAP en Uganda para enfermeras y otro personal que no prescribe medicamentos

En Uganda, hay una creciente demanda de servicios de salud mental como resultado del crecimiento demográfico, el aumento de la prevalencia de problemas de salud mental, la mayor concientización de la comunidad y su disposición a buscar tratamiento. Se ha introducido el mhGAP con el apoyo de la OMS, el equipo del Programa para mejorar la atención de salud mental (PRIME, por sus siglas en inglés) en Uganda y otros aliados.

Antes de la introducción del programa, se realizaron dos talleres consultivos nacionales (con participantes de una amplia gama de proveedores de servicios de salud mental) para contextualizar y adaptar el manual de la GI-mhGAP al sistema de salud mental del país. Estos talleres fueron precedidos por un análisis de la situación de determinados distritos, que proporcionaron al equipo los antecedentes pertinentes sobre las necesidades, los recursos, la capacidad y los trastornos MNS prioritarios.

Uno de los retos enfrentados durante la adaptación estribó en que la GI-mhGAP fue diseñada para los proveedores de atención de salud no especializada capacitados para prescribir medicamentos. En el sistema de atención primaria de salud ugandés predominan las enfermeras y los auxiliares de enfermería, a quienes la ley les permite administrar medicamentos solo después de que un médico haya proporcionado una prescripción inicial. Las enfermeras rara vez administran medicación debido a la escasez de personal y otros factores institucionales. Se requirió una adaptación integral de los manuales de capacitación y el plan de implementación del mhGAP, que satisficiera las necesidades de capacitación y las funciones específicas de diferentes integrantes del personal de los establecimientos de salud que conjuntamente prestan atención para los trastornos MNS. La adaptación de los materiales para la capacitación de los proveedores de atención salud no especializada incluyó simplificar el lenguaje técnico y concentrarse en las intervenciones no farmacológicas para el personal que no prescribe medicamentos.



## 2.2 Capacitar al personal en el uso del mhGAP

La capacitación establece las competencias de los proveedores de atención de salud no especializada (médicos de familia, auxiliares clínicos, enfermeras, parteras y otro personal paraprofesional general) en relación con la atención de salud mental; requiere coordinación con especialistas en salud mental para garantizar la prestación óptima de los servicios, el apoyo continuo y la supervisión. Estos principios también se aplican a los programas de capacitación en otros materiales, como la Guía de intervención humanitaria del mhGAP (sección 5.1), el e-mhGAP (sección 3.1, recuadro 2) y las intervenciones psicológicas (sección 2.6).

Los manuales de capacitación del mhGAP (31) están diseñados para ser usados en servicio (es decir, constituyen una educación continua). Esto permite ampliar las actitudes, los conocimientos y las aptitudes de los proveedores de atención sanitaria, principalmente mediante un bloque de capacitación clínica, con conferencias, enseñanza activa y prácticas orientadas al tipo específico de proveedor de atención sanitaria y al grado de su capacitación anterior.

El equipo operativo del mhGAP también puede estar en condiciones de fortalecer el programa de estudios básico del personal de salud del distrito. El objetivo de la capacitación previa al servicio es introducir las habilidades básicas mucho antes, como un módulo de capacitación dentro de la educación sanitaria. Mientras que los manuales de capacitación del mhGAP están diseñados para la capacitación en servicio, la capacitación antes del servicio podría basarse en los materiales adaptados del mhGAP, con varios resultados positivos.

- La capacitación previa al servicio puede reducir los costos y aumentar el rendimiento de la inversión al ejercer un efecto multiplicador tanto de los recursos para la capacitación como el acceso a personal con obligación a participar.
- La capacitación antes del servicio incluye exámenes que los estudiantes deben aprobar, esto asegura una fuerte motivación para el aprendizaje.
- La capacitación antes del servicio tiende a utilizar los recursos existentes por lo que a menudo no requiere fondos del ministerio de salud o del proyecto.
- La integración de la atención de salud mental y su aceptación como una habilidad esencial reducirá la estigmatización del sujeto y de sus profesionales.

### ■ Importancia del desarrollo de las capacidades mediante el entrenamiento

Los proveedores de atención de salud no especializada en contextos de escasos recursos han sido capacitados para identificar y tratar problemas de salud física, pero no trastornos MNS. Si reciben capacitación en salud mental, es a menudo una capacitación breve en el servicio con escaso enfoque en la práctica, lo cual a su vez limita su competencia y confianza para tratar y atender a personas con esos trastornos. La capacitación debe ser pertinente para las necesidades de salud mental de la población del distrito y tener en cuenta los conocimientos y las aptitudes que ya tienen los proveedores de atención de salud no especializada al adaptar el mhGAP al contexto local.

Los manuales de capacitación del mhGAP (31) siguen el modelo en “cascada”, con dos niveles: capacitadores principales que capacitan a los capacitadores o los facilitadores, quienes luego capacitan a los proveedores de atención de salud no especializada. El modelo en cascada es ideal en entornos en los cuales hay algunos servicios de salud mental y especialistas que pueden actuar como facilitadores principales; de ese modo, se mejoran las vías de referencia después de la capacitación y la supervisión.

**Capacitación de capacitadores y supervisores:** El objetivo es conseguir que estos grupos tengan las aptitudes requeridas y confíen en su capacidad para adiestrar a personal no especialista o proporcionar supervisión. Véase en el anexo 7 un calendario sugerido para capacitar a los capacitadores y los supervisores en el transcurso de 5 días.

**Capacitación de proveedores de atención de salud:** El objetivo es familiarizar a los proveedores con conceptos clínicos de la atención de trastornos MNS, como la evaluación clínica y el manejo, usando la versión 2.0 de la GI-mhGAP. También se puede capacitar a otro personal del sistema de salud.

**Capacitación de los responsables de la formulación de políticas y los planificadores:** Pocos modelos de desarrollo de capacidades para responsables de la formulación de políticas y planificadores han sido evaluados en contextos de escasos recursos. La mayoría de los modelos combinan la capacitación breve con la mentoría a largo plazo, el diálogo y el establecimiento de redes de apoyo (8). Los directores distritales de salud y los miembros de los equipos operativos del mhGAP pueden también beneficiarse con los talleres de intercambio de conocimientos y los recursos de capacitación y supervisión del mhGAP.

**Capacitación de los trabajadores comunitarios y trabajadores sociales:** Los trabajadores comunitarios (por ejemplo, proveedores legos o trabajadores de salud de la comunidad) y los trabajadores sociales (por ejemplo, asistentes sociales, auxiliares de casos) están singularmente posicionados y capacitados para identificar a las personas con trastornos MNS, reducir la estigmatización, proporcionar psicoeducación y otras intervenciones psicosociales de baja intensidad, vigilar la observancia de la medicación y proporcionar enlaces con los recursos y los servicios de rehabilitación existentes en la comunidad. Se está preparando una versión del mhGAP enfocada en la comunidad.

**Desarrollo de capacidades en los usuarios de los servicios y los cuidadores:** Las personas con trastornos MNS y sus cuidadores poseen conocimientos valiosos, pericia e información sobre la atención de los trastornos MNS que nadie más puede proporcionar, incluida la repercusión de estos trastornos en sus vidas. Deben ser equipados para participar en la planificación o la implementación del mhGAP a fin de garantizar una mejor comprensión y respeto de sus perspectivas.

## ■ Preparación de la capacitación en el mhGAP a nivel distrital

**Paso 1.** Los puntos focales en el equipo operativo del mhGAP podrían consultar el análisis de la situación (anexo 3) y también evaluar las necesidades de capacitación (31) cuando se planifica el programa de capacitación.

- Determine la cantidad actual de personal en cada nivel de servicio, por ejemplo, el número de especialistas en el distrito, sus funciones actuales y sus competencias, a fin de definir los recursos necesarios para llevar a cabo la capacitación y la supervisión continuas.
- Determine cuántas personas deben ser capacitadas, dónde y cuándo podrían recibir la capacitación y las brechas en la capacitación de proveedores de atención de salud no especializada en relación con la prevalencia de los trastornos MNS y la utilización de los servicios; mapee los servicios requeridos.
- Seleccione a los pasantes teniendo en cuenta: su probable retención en un puesto pertinente, el apoyo del personal directivo superior para la asignación de tareas relacionadas con trastornos MNS al completar la capacitación, la disposición del establecimiento o la comunidad a apoyar su trabajo, su interés en la salud mental, las probabilidades de que empleen sus nuevas aptitudes y la capacitación básica que han recibido hasta la fecha (es decir, su competencia).

**Paso 2.** Prepare un modelo de capacitación apropiado para el entorno y un proceso para evaluar todas las actividades de capacitación. Adapte el manual de capacitación del mhGAP al contexto local.

**Paso 3.** Prepare y capacite a los proveedores de atención de salud para desarrollar competencias básicas (vea los manuales de capacitación del mhGAP).

- Evalúe el curso, por ejemplo, con pruebas previas y posteriores.
- Capacite a los especialistas como capacitadores y supervisores (sección 2.3). Prepare cursos de actualización y apoyo constante proporcionados por los capacitadores principales.
- Capacite a los proveedores de atención de salud en la recopilación sistemática de datos y el empleo de sistemas de información (sección 4.0).
- Cuando cuente con recursos, imparta también capacitación sobre intervenciones psicológicas breves (sección 2.6).
- Capacite a los trabajadores comunitarios para realizar intervenciones en la comunidad (sección 3.2).

**Paso 4.** Haga arreglos para que los proveedores de atención de salud no especializada comiencen a tratar a personas con trastornos MNS prioritarios durante la supervisión (sección 2.3).

**Paso 5.** Ofrezca capacitación de actualización y observe las aptitudes usando estudios de casos.



### Consejos prácticos

- Se puede impartir capacitación de diversas maneras. Si bien los manuales de capacitación del mhGAP sugieren cronogramas, tal vez haya que adaptarlos al entorno. La capacitación puede ser presencial o en línea con métodos de capacitación a distancia (32).
- Toda capacitación de un proveedor de atención de salud en la versión 2.0 de la GI-mhGAP debe ser integrada de inmediato en un servicio para garantizar la transferencia óptima de los conocimientos a la práctica (28, 33).
- La capacitación por sí sola es insuficiente y cada vez es más evidente que es necesaria la supervisión continua.
- La evaluación de la capacitación y la retroalimentación aportada por la supervisión ayudan a formular la capacitación futura.



## mhGAP Indicadores de la implementación

- Número de capacitadores y supervisores que participaron en la capacitación de capacitadores y supervisores del mhGAP.
- Proporción de proveedores de atención de salud no especializada que se capacitaron en el mhGAP (número capacitado / número de no especialistas en el distrito).
- Número de trabajadores de la comunidad capacitados y que cumplen con los estándares de competencia en cuanto al mhGAP.

**Medios de verificación:** Formularios para la evaluación de la capacitación (manuales de capacitación del mhGAP), evaluaciones de la competencia.

**Herramientas:** El análisis de la situación (anexo 3), la evaluación de las necesidades de capacitación y formularios para la evaluación previa y posterior a la capacitación (manuales de capacitación del mhGAP).



### De lo virtual a lo práctico: el mhGAP en el Caribe

En el Caribe, los servicios de salud mental a menudo son inaccesibles para los grupos vulnerables, que frecuentemente están segregados del sistema de atención primaria de salud. Retos geográficos como los servicios esparcidos en las islas y los recursos limitados requieren enfoques innovadores de la capacitación a fin de ampliar los servicios para trastornos MNS.

La Oficina Regional de la OMS para las Américas implementó un programa para fortalecer la capacidad de los proveedores de atención de salud no especializada mediante un "campus virtual de salud pública" (32). El programa impartió capacitación a distancia durante 65 horas en 20 semanas, con ejercicios autodirigidos, evaluaciones e interacción constante con tutores. La capacitación enseñó las habilidades y conocimientos requeridos para evaluar y asistir a personas con trastornos MNS prioritarios usando la versión 2.0 de la GI-mhGAP, como parte del objetivo a más largo plazo de delegar servicios de salud mental desde los servicios especializados, costosos y centralizados.

El uso de la plataforma virtual en el Caribe otorgó adaptabilidad, flexibilidad y accesibilidad a la capacitación en el mhGAP. La duración del programa les permitió a los participantes en los países de toda la Región hacer cambios en su práctica profesional y mejorar el acceso de sus comunidades a la atención de salud mental. Los participantes se convirtieron en promotores de la causa de la salud mental y motivaron a otros proveedores de atención de salud no especializada a registrarse para recibir la capacitación virtual en el uso del mhGAP. Los beneficios consistieron en no tener que desplazarse, no interrumpir el trabajo diario y la oportunidad de capacitarse a su propio ritmo y en las horas y días de la semana preferidos.

La plataforma virtual ofrece tanto capacitación presencial como virtual en línea. Esto la hace potencialmente eficaz en función de los costos para ampliar el suministro de tratamientos de trastornos MNS y superar los retos geográficos, las limitadas posibilidades de capacitación y los escasos recursos en lugares como los países del Caribe.

*Fuente:* From virtual to practical: mhGAP in the Caribbean. mhGAP Newsletter. June 2014:2 ([http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/Newsletter\\_June\\_2014.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/Newsletter_June_2014.pdf?ua=1)).

En el mhGAP se requieren dos tipos de supervisión: administrativa y clínica. La supervisión administrativa garantiza la documentación y el registro adecuados y aborda problemas administrativos en el seguimiento de la implementación general del mhGAP en un servicio. La supervisión clínica asegura la observancia de las directrices del mhGAP, refuerza la capacitación inicial de los proveedores de atención de salud, fortalece las aptitudes clínicas en la atención de trastornos MNS y promueve el uso de la versión 2.0 de la GI-mhGAP en un modelo integrado de prestación de servicios. Se pueden detectar las desviaciones de la práctica y afrontar desafíos clínicos y, al mismo tiempo, mejorar continuamente la calidad de la atención clínica prestada. Ambos tipos de supervisión son esenciales en cualquier programa de capacitación en el uso del mhGAP.

Las metas específicas de la supervisión son:

- garantizar la transferencia de las aptitudes y conocimientos de la capacitación a la práctica clínica; garantizar la prestación adecuada de intervenciones de salud mental en conformidad con la versión 2.0 de la GI-mhGAP e identificar áreas para el desarrollo de habilidades adicionales;
- identificar los problemas que afectan a quienes están siendo entrenados en el mhGAP al atender casos complicados y ayudarles a resolverlos;
- contribuir a motivar a los proveedores de atención de salud no especializada para que proporcionen una atención de alto nivel a las personas con trastornos MNS;
- asegurarse de que se establezcan los registros y los procedimientos administrativos para la atención de trastornos MNS (como referencias y seguimientos) o se los integre en los sistemas existentes en los establecimientos locales de atención de salud;
- asegurarse de que funcionen adecuadamente el suministro de medicamentos, el equipo médico y otros sistemas para la implementación del mhGAP; y
- alentar una actitud libre de prejuicios y respetuosa, un tratamiento ético, promoviendo y protegiendo los derechos de las personas con trastornos MNS.

La implementación del mhGAP requiere la supervisión de los pasantes no especialistas por especialistas en salud mental, con un enfoque colaborativo y escalonado de la atención. La importancia de la supervisión sistemática y de apoyo ha sido confirmada en estudios de la implementación del mhGAP (34) y en una revisión sistemática de estudios de los obstáculos fundamentales para compartir tareas (35).

Es poco probable que un solo curso de capacitación propicie un cambio a largo plazo en la prestación de atención para trastornos MNS. Se debe ver la supervisión como un componente esencial de la capacitación en todo programa de desarrollo de capacidades a fin de garantizar un cambio sostenido en el comportamiento a nivel clínico, el cual en última instancia mejorará la calidad de la atención a las personas con este tipo de trastornos.

## ■ Introducción de la supervisión del mhGAP en los distritos

**Paso 1.** Base la estructura de supervisión en el análisis de la situación (anexo 3) y los recursos humanos disponibles. Vea los manuales de la OMS para la capacitación en el mhGAP que incluyen formularios para la supervisión (31), el modelo de aprendizaje (36) y los modelos diádico, triádico y de grupo (37).

Considere:

- el número de establecimientos que integran la atención de trastornos MNS;
- el número de supervisores que conocen la atención de trastornos MNS y el mhGAP;
- la distribución geográfica de los establecimientos;
- el tiempo de traslado entre los establecimientos;
- la estructura para la presentación de informes; y
- la factibilidad de la supervisión.

**Paso 2.** Capacite a los supervisores en el uso de los materiales pertinentes del mhGAP, ya sea durante la capacitación de capacitadores y supervisores o por separado (sección 2.2). Capacite a los supervisores en la localización, el seguimiento y la evaluación. Evalúe periódicamente la retroalimentación aportada por los supervisores y su efecto sobre la atención de trastornos MNS. Refiérase a los manuales de capacitación del mhGAP para ver los formularios para la supervisión.

**Paso 3.** Idealmente, el programa de supervisión debe empezar durante la capacitación en el uso del mhGAP para los proveedores de atención de salud no especializada o inmediatamente después de ella, pero a más tardar en las 4 a 6 semanas posteriores.

**Paso 4.** Realice supervisiones regulares y evaluaciones periódicas (vea en los manuales de capacitación del mhGAP los formularios para la supervisión y los informes).

**Paso 5a.** Considere la posibilidad de pedir a los supervisores que llenen los siguientes formularios durante cada visita y después de ella:

- registro de la supervisión de proveedores de atención de salud capacitados,
- formulario para el apoyo y la supervisión clínica,
- formulario para informes sobre casos difíciles, e
- informe sobre la supervisión y formulario para sugerencias.

**Paso 5b.** Considere la posibilidad de pedir a los supervisores que completen los siguientes formularios durante cada visita como parte del seguimiento y la evaluación:

- formularios para el informe mensual, y
- formulario del mhGAP para el informe sobre los establecimientos.

En el cuadro 4 se enumeran otras recomendaciones concernientes a la supervisión.



### Consejos prácticos

- Durante los primeros seis meses, la supervisión clínica podría concentrarse en la adquisición de conocimientos y habilidades esenciales del mhGAP, en la cual el supervisor observa al proveedor en cuanto a la transferencia de habilidades y el aprendizaje. Lo ideal es que los supervisores visiten los establecimientos por lo menos una vez al mes durante este período.
- El cronograma de la supervisión puede ser adaptado cuando sea necesario (por ejemplo, consultas sobre trastornos MNS complicados), integrado en un sistema supervisor existente en la zona o establecer consultas a largo plazo con establecimientos especializados.
- La supervisión puede permitir identificar a las personas que podrían convertirse en futuros capacitadores.

#### Cuadro 4. Otras recomendaciones concernientes a la supervisión

Supervisión	Recomendaciones
Elección de los supervisores*	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elija a los supervisores sobre la base de los siguientes criterios (cuando sea posible):               <ul style="list-style-type: none"> <li>– títulos oficiales, habilidades y experiencia clínica en salud mental o en el tratamiento de trastornos MNS;</li> <li>– aptitudes y experiencia en aspectos administrativos del manejo de trastornos MNS, incluyendo los registros, el seguimiento y la referencia;</li> <li>– aptitudes para la facilitación y la solución de problemas;</li> <li>– entusiasmo, interés y compromiso con la capacitación y la supervisión; y</li> <li>– disponibilidad para prestar apoyo y supervisión (incluidas visitas sistemáticas).</li> </ul> </li> </ul>
Suministro de supervisión en el programa	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lo ideal es que lo haga un especialista o capacitador en salud mental.</li> <li>• También podrían ser compañeros o proveedores de atención de salud no especializada con experiencia en la aplicación del mhGAP.</li> <li>• Los mejores supervisores son médicos clínicos entusiastas, comprensivos, interesados, accesibles y competentes.</li> </ul>
Cronograma de la supervisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considere la frecuencia y la duración.</li> <li>• La supervisión debe ser al menos mensual para empezar. Garantice tanta supervisión como permitan los recursos y establezca los costos de la supervisión en la planificación financiera.</li> </ul>
Lugar de la supervisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Considere si la ubicación permanecerá constante o rotará, si se dispone de espacio para la observación directa o si se la debe hacer desde un lugar remoto. Si se le proporciona supervisión a un grupo, es preciso seleccionar la ubicación que sea conveniente para la mayoría de las personas.</li> <li>• Use el teléfono, videoconferencias o redes sociales cuando sea factible y disponga de ellos, especialmente cuando los tiempos de traslado sean prolongados. Tenga presente la confidencialidad cuando se usan redes sociales (es decir, no las use para analizar casos específicos).</li> </ul>
Modalidad de la supervisión	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Se determina previamente y se respeta la estructura y la agenda de las sesiones de supervisión.</li> <li>• Se emplean múltiples métodos, incluyendo la observación directa, la instrucción, la demostración, los juegos de roles, la discusión y la reflexión. Si no se puede hacer una observación directa, considere la posibilidad de traer sesiones grabadas a una visita de supervisión.</li> <li>• Alcance un acuerdo sobre cómo se realizará cada visita de supervisión, incluyendo los criterios para integrarse en la supervisión en grupo, cómo se llevará a cabo la retroalimentación y la estructura de la sesión.</li> </ul>

\* Nota: los supervisores del mhGAP pueden ser especialistas en la atención de trastornos MNS (por ejemplo, psiquiatras, enfermeras psiquiátricas, neurólogos), médicos o enfermeras capacitados y experimentados en el manejo de trastornos MNS con la versión 2.0 de la GI-mhGAP o supervisores en el sistema general de salud.



## mhGAP Indicadores de la implementación

- Proporción de supervisores que recibieron capacitación en la supervisión administrativa y clínica del mhGAP (número de capacitados / número de supervisores o especialistas en el distrito).
- Frecuencia y adecuación de la supervisión conforme a lo que se define en el análisis de la situación.
- Proporción de establecimientos en el distrito que llevan a cabo la supervisión del mhGAP (número de establecimientos que llevaron a cabo al menos una supervisión al mes / número de establecimientos con supervisores capacitados).

**Medios de verificación:** Notas de la supervisión, formularios de la asistencia a la supervisión en grupo, resúmenes de casos y hojas de la evaluación de la supervisión directa.

**Herramientas:** Análisis de la situación (anexo 3) y formularios para informes de la supervisión (manuales de capacitación del mhGAP).



### Tutorías y supervisión clínica: el PRIME en Nepal

En el plan de atención de salud mental en distritos de Nepal, desarrollado como parte del Programa para mejorar la atención de salud mental (PRIME, por sus siglas en inglés), los proveedores de atención de salud mental no especializada capacitados en el mhGAP son asesorados y supervisados usando tres métodos.

**Reuniones sobre casos:** proveedores de salud no especializada capacitados de los establecimientos sanitarios son invitados a concurrir a un punto de reunión, como una oficina distrital de salud pública, para abordar dificultades en la prestación de los servicios. Las reuniones son facilitadas por un psiquiatra profesional. Las reuniones sobre casos estimulan el aprendizaje continuo y mejoran la práctica clínica. Inicialmente se celebraron todos los meses, pero ahora se realizan trimestralmente para reducir el costo.

**Tele-supervisión:** Los proveedores capacitados pueden telefonar a los especialistas cuando tienen un problema en el diagnóstico o el manejo de los casos. Han encontrado este método importante y de gran ayuda, aunque a veces resultó difícil emplearlo debido a problemas técnicos o a la falta de disponibilidad del especialista.

**Supervisión en el empleo:** Un especialista visita un establecimiento de salud, observa la habilidad de los proveedores de atención de salud no especializada al diagnosticar y tratar a las personas con trastornos MNS y aborda todo reto observado o experimentado. Este tipo de supervisión ha sido eficaz, pero a menudo ha resultado difícil mantener la regularidad en la práctica debido al calendario del especialista.

La ausencia de mecanismos supervisores en el sistema existente y la limitada capacidad y recursos para mantener la supervisión impulsaron al programa a establecer un sistema de apoyo y supervisión específico para el contexto a fin de conseguir que los proveedores de atención de salud no especializada capacitados en el mhGAP reciban el apoyo necesario. El sistema incluye diversos métodos de supervisión, como la supervisión en persona, con métodos alternativos cuando sea necesario, según los fondos disponibles, la logística, el número de especialistas y supervisores capacitados y su disponibilidad.

## 2.4 Coordinar las vías de atención

La amplia gama de necesidades de las personas con trastornos MNS y sus cuidadores no puede ser abordada por una sola disciplina o un solo sector. Por consiguiente, la preparación para la implementación del mhGAP requiere la coordinación de los proveedores y los servicios dentro y fuera del sistema de salud. Las “vías de atención” son las vías por las que las personas con trastornos MNS acceden a la atención y el tratamiento. Influyen en la organización de los servicios y comprenden un sistema colaborativo de atención, con diversos proveedores públicos y privados de servicios en múltiples niveles. Como los trastornos MNS están inseparablemente vinculados con el entorno social más amplio, la atención a las necesidades individuales va más allá de la prestación de servicios de salud mental y requiere un enfoque multidisciplinario. Por ejemplo, una persona puede requerir medicamentos para controlar los síntomas de un trastorno MNS y de una afección física, como la diabetes o las enfermedades cardiovasculares. Puede necesitar apoyo para tener acceso a oportunidades educativas o laborales o para encontrar una vivienda asequible. Estas necesidades múltiples, y a menudo complejas, requieren amplios conocimientos y aptitudes que no pueden ser proporcionados por una sola persona (cuadro 5).

El equipo operativo del mhGAP puede crear o apoyar un sistema existente de referencia para atender las complejas necesidades de atención de las personas con trastornos MNS. Un sistema eficaz de referencia asegura relaciones estrechas en todos los niveles del sistema de salud y mecanismos para la referencia a y desde puntos de servicio fuera del sector de la salud. Un buen sistema de referencia ayuda a conseguir que las personas con trastornos MNS reciban la mejor atención posible más cerca de sus hogares. También contribuye a la utilización eficiente en función del costo de vías de atención bidireccionales, en las que se llevan a cabo referencias entre hospitales, centros de salud no especializados y la comunidad.

Un enfoque estratégico de la coordinación para el equipo operativo del mhGAP puede incluir:

- La coordinación de la atención a las personas: La coordinación puede ayudar a lograr una mayor continuidad de la atención y mejorar la experiencia de las personas con trastornos MNS en los servicios, en particular durante las transiciones o las referencias. El foco de interés del mejoramiento es la prestación de atención a las personas, con servicios coordinados para satisfacer sus necesidades y las de sus familias.
- La coordinación de la implementación del mhGAP y la prestación de servicios: La coordinación cierra las brechas administrativas, informativas y de financiamiento entre los niveles de atención y los proveedores. En el sector de la salud, esto incluye vincular departamentos y niveles de atención como los servicios de salud no especializados, el abastecimiento de medicamentos y suministros médicos, el tratamiento de ENT, la nutrición y la seguridad alimentaria, la promoción de la salud, la atención de salud materno-infantil, el envejecimiento y la atención a largo plazo, los sistemas de información y la salud mental.
- La coordinación entre los sectores: La coordinación con éxito de la atención de salud incluye a muchos actores tanto dentro como más allá del sector de la salud. Abarca los sectores de asuntos sociales, bienestar social, educación, justicia, vivienda y empleo (organismos del gobierno o no gubernamentales), los medios de comunicación, la comunidad académica y las instituciones, ONG locales e internacionales que suministran servicios de salud mental o abogan por ellos, organizaciones del sector privado, asociaciones profesionales, organizaciones e instituciones religiosas, curanderos tradicionales e indígenas, usuarios

de los servicios y sus familias o cuidadores, y los grupos de abogacía. Exige un liderazgo enérgico que asegure la acción intersectorial, incluidas las medidas para la detección temprana y la respuesta rápida a las crisis.

**Cuadro 5. Ejemplos de funciones en las vías de atención de casos individuales**

Proveedor de atención*	Función
Trabajadores de la comunidad y legos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Facilitar o prestar apoyo básico y crear conciencia.</li> <li>• Proporcionar intervenciones psicológicas básicas o psicoeducación en la comunidad.</li> <li>• Referir casos desde la comunidad a no especialistas o especialistas, según proceda.</li> <li>• Efectuar el seguimiento de los casos en la comunidad.</li> </ul>
Asistentes sociales, auxiliares de casos, consejeros	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Realizar una evaluación integral.</li> <li>• Preparar un plan de tratamiento con la persona, en consulta con diversos proveedores de atención.</li> <li>• Vigilar y apoyar la observancia del plan de tratamiento.</li> <li>• Proporcionar orientación básica, intervenciones psicológicas y psicoeducación en los establecimientos y las comunidades.</li> <li>• Efectuar el seguimiento de casos.</li> <li>• Dar de alta casos.</li> </ul>
Proveedores de atención de salud no especializada	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Seguir las directrices normalizadas para evaluar y tratar trastornos MNS prioritarios en contextos de atención de salud no especializada (por ejemplo, la versión 2.0 de la GI-mhGAP).</li> <li>• Consultar a los especialistas y referir los casos complejos.</li> <li>• Supervisar a los trabajadores de salud de la comunidad y aceptar las referencias de pacientes.</li> </ul>
Especialistas en salud mental	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Coordinar los servicios, formular recomendaciones y asesorar al gobierno en relación con el desarrollo de los servicios.</li> <li>• Diagnosticar y tratar a los pacientes después de la capacitación especializada en intervenciones farmacológicas y psicológicas.</li> <li>• Aceptar la referencia de los casos más complejos.</li> <li>• Supervisar a los proveedores de atención de salud no especializada y a los trabajadores de salud de la comunidad.</li> </ul>

\* Las funciones de los proveedores de servicios de salud mental pueden diferir en los entornos con recursos cuantiosos, medianos o escasos (38).

## ■ Coordinación de las vías de atención dentro de los servicios distritales

Haga un mapeo de los recursos existentes para la referencia y los interesados directos pertinentes y determine estrategias encaminadas a involucrarlos en la ampliación de los servicios para trastornos MNS. Incluya departamentos del sector de la salud (intrasectoriales) y de otros sectores (intersectoriales).

Aclare la función de cada proveedor en la fuerza de trabajo que prestan atención en casos individuales, como también a nivel de los establecimientos distritales; determine las responsabilidades compartidas y las aptitudes que cada uno aporta a la atención de trastornos MNS (vea el cuadro 5).



### Consejos prácticos

- La capacidad de comunicarse con claridad es esencial en las vías de atención y también para el enlace eficaz entre los proveedores y los servicios. Se pueden asignar auxiliares de casos para facilitar las vías de atención.
- Las reuniones ordinarias de los integrantes del personal pueden ser buenas oportunidades para abordar y revisar los procesos concernientes a la referencia, el tratamiento y la atención de los pacientes.

Organice (o adapte) la prestación de servicios dentro de las vías de atención para que todos los profesionales en los establecimientos de salud de todo el distrito presten una atención integrada y con sectores conectados entre sí.

Garantice la documentación uniforme sobre la referencia de pacientes y establezca acuerdos sobre las vías, los procedimientos y las normas para la referencia (por ejemplo, según la gravedad o la duración del trastorno MNS).

Vea en el anexo 8 ejemplos de formularios y registros para la referencia. Capacite al personal pertinente en el empleo de la documentación, las normas y los procedimientos para hacer y recibir referencias de pacientes.

Vigile la eficacia de las vías de atención y el sistema de referencia con los indicadores propuestos.



## mhGAP Indicadores de la implementación

- Se establece un sistema de referencia que funciona.
- Número de establecimientos de salud, servicios sociales y programas comunitarios que aplican procedimientos para referir pacientes con trastornos MNS.
- Número de referencias y contrarreferencias hechas mensualmente.

**Medios de verificación:** registros de la utilización de servicios para las referencias mensuales; los criterios explícitos para las referencias entre la atención primaria, la atención secundaria y la atención terciaria y fuera del sector de la salud.

**Herramientas:** formularios para referencia y contrarreferencia, el registro de referencias de los establecimientos (anexo 8).



### Mejoramiento de las vías de atención para los servicios de salud mental en el Líbano

En vista del gran número de refugiados en el Líbano y sus crecientes necesidades psicosociales y de salud mental, es preciso ampliar los servicios de salud mental en la comunidad. A menudo la estigmatización de los refugiados los disuade de buscar servicios de salud mental. Además, el sistema de salud mental, en gran parte privatizado, y el número reducido de especialistas limitan el acceso a servicios de salud mental asequibles.

La integración de la salud mental en los servicios de salud es una prioridad política en el Líbano. En mayo del 2014, el Ministerio de Salud Pública lanzó el Programa Nacional de Salud Mental, con el apoyo de la OMS, UNICEF y el Cuerpo Médico Internacional. El objetivo del programa es reformar la atención de los trastornos MNS y brindar servicios más allá del tratamiento médico en la comunidad, a fin de respetar los derechos humanos y prestar servicios de acuerdo con los últimos datos sobre mejores prácticas.

Con el fin de asegurar la sostenibilidad de los servicios dentro de la estrategia del país para reformar y ampliar su enfoque, el Cuerpo Médico Internacional está integrando la salud mental en la atención primaria de salud incorporando equipos de gestión de casos en los establecimientos de atención de salud no especializada e implementando el mhGAP. Los equipos constan de dos auxiliares de casos (asistentes sociales), un psicoterapeuta y un psiquiatra. Los auxiliares de casos usan un enfoque integral y multidisciplinario al prestar apoyo psicosocial. Las personas que requieren servicios de salud mental especializados son enviadas a psicoterapeutas y psiquiatras. Una vez estabilizadas, se las refiere a proveedores de atención de salud no especializada capacitados en el mhGAP para su seguimiento y la vigilancia del tratamiento. La capacitación y la supervisión de proveedores de atención de salud no especializada y los equipos de gestión de casos de salud mental pueden fortalecer los servicios de apoyo a la salud mental en las zonas con acceso limitado a servicios de especialistas y pueden garantizar la continuidad de la atención.

## Mejorar el acceso a los medicamentos psicotrópicos

El acceso a los medicamentos esenciales es un componente del “derecho al goce del grado máximo de salud que se pueda lograr” y brinda a las personas con trastornos MNS la posibilidad de un mejoramiento transformador de su salud y la oportunidad de reinsertarse en la sociedad (14). Se pueden usar medicamentos psicotrópicos para reducir los síntomas de los trastornos MNS y mejorar el funcionamiento. En la versión 2.0 de la GI-mhGAP se señalan cuatro grupos principales de medicamentos usados para tratar los trastornos MNS prioritarios: los antipsicóticos para los trastornos psicóticos, los medicamentos para los trastornos del estado de ánimo (la depresión o el trastorno bipolar), los anticonvulsivos y antiepilépticos y los medicamentos para el tratamiento de la abstinencia de sustancias, la intoxicación o la dependencia.

Los medicamentos psicotrópicos están en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS, que define las necesidades mínimas de medicamentos para un sistema básico de salud. Esta lista se puede usar como un modelo y ser modificada para reflejar las prioridades de salud y las necesidades en los distritos. Sin embargo, hay obstáculos para el acceso a los medicamentos psicotrópicos a nivel distrital. La demanda de medicamentos psicotrópicos depende de la aceptabilidad de los trastornos MNS y del comportamiento de búsqueda de ayuda de las personas afectadas, que quizá se sientan inhibidas por la estigmatización, la discriminación y otros factores socioculturales. El abastecimiento de medicamentos psicotrópicos puede ser difícil, ya que en el presente, hay una limitada disponibilidad de servicios de salud mental lo cual implica que no se registra el número de personas que requieren los medicamentos y es escaso el uso de estos medicamentos. Esto a su vez conduce a que los involucrados en la cadena de suministro supongan que la demanda es baja.

A nivel distrital, se pueden seleccionar los medicamentos apropiados mediante la utilización y la adaptación local de listas nacionales o internacionales de medicamentos psicotrópicos esenciales, así como mediante la información y la educación de los profesionales de la salud. Su disponibilidad a nivel distrital puede ser mejorada con estrategias encaminadas a prestar atención de salud para los trastornos MNS y la concientización de la comunidad en zonas remotas y rurales. El empleo apropiado se puede garantizar mediante la educación y la capacitación de los proveedores de atención de salud en las directrices del mhGAP y otras directrices clínicas sobre la prescripción, el uso y el seguimiento.

## ■ Función del equipo operativo del mhGAP en la mejora del acceso a medicamentos psicotrópicos

**Paso 1.** Examine los resultados del análisis de la situación (anexo 3) acerca de la selección, la disponibilidad, la asequibilidad y el uso apropiado de medicamentos psicotrópicos en el distrito.

- Es una práctica adecuada calcular la demanda de tratamientos con medicamentos psicotrópicos a partir de las fuentes de datos disponibles. Consulte al personal de los sistemas de información de salud para obtener datos sobre el número de diagnósticos de cada trastorno MNS prioritario. Las encuestas en los establecimientos, incluido el análisis de la situación, pueden proporcionar datos sobre las reservas de medicamentos psicotrópicos, la población receptora en los establecimientos y los diagnósticos mensuales.
- Determine a qué integrantes del personal se les permite recetar legalmente los medicamentos psicotrópicos. Si está restringido a los especialistas, el equipo operativo del mhGAP puede abogar por la delegación de funciones.

**Paso 2.** Fortalezca la capacidad de los proveedores de atención de salud no especializada en los establecimientos donde se implementará el mhGAP.

- Esto incluye la capacitación en la utilización de la versión 2.0 de la GI-mhGAP para la prescripción y la educación continua y las vías de referencia para los proveedores que evalúen el manejo de las personas con trastornos MNS.

**Paso 3.** Suministre información a los usuarios sobre la aceptabilidad de la atención para los trastornos MNS, incluidos los medicamentos, a fin de asegurar que sus percepciones, actitudes y expectativas sean apropiadas. Esto debe mejorar la búsqueda de ayuda y estimular la demanda.

**Paso 4.** Formule estrategias locales para asegurar la disponibilidad de los medicamentos en los establecimientos de atención primaria de salud y en zonas remotas y rurales.

- El equipo operativo del mhGAP puede adoptar medidas para asegurar la disponibilidad de medicamentos en las localidades tanto rurales como urbanas (por ejemplo, asegurar que los farmacéuticos y los hospitales locales suministren medicamentos psicotrópicos a un precio razonable).
- Se debe garantizar la calidad en toda la cadena de distribución. Los medicamentos genéricos de un fabricante aprobado y confiable pueden ser eficaces en función del costo.

**Paso 5.** Vigile la cadena de suministro de medicamentos para trastornos MNS a fin de que estén continuamente disponibles en todo el distrito.

- El equipo de gestión de compras y suministros debe ser muy competente.
- En las operaciones de planificación, se requiere habilidad para diseñar un sistema de distribución eficiente en función del costo.
- El diseño de un sistema eficiente para adquirir, almacenar y distribuir medicamentos es una tarea ardua y fundamental.



### Consejos prácticos

- Consulte las listas nacionales e internacionales de medicamentos psicotrópicos esenciales y, en particular, los recomendados en la versión 2.0 de la GI-mhGAP.
- El suministro insuficiente de medicamentos psicotrópicos puede retrasar la iniciación de los servicios de salud mental.
- Los medicamentos costosos no son necesariamente más eficaces que los más baratos. Por ejemplo, los antipsicóticos de segunda generación (a excepción de la clozapina) pueden ser considerados para las personas con psicosis solo si se puede garantizar su disponibilidad y el costo no es una limitación. Solicite el asesoramiento de farmacéuticos distritales, si los hay.



## mhGAP Indicadores de la implementación

**Indicador:** Número de meses al año cuando se dispone de al menos un medicamento de cada categoría de medicamentos psicotrópicos en los establecimientos de salud.

**Medios de verificación:** Registros del suministro de medicamentos en los establecimientos de salud; registros de la utilización de los servicios a fin de obtener datos sobre la iniciación de la medicación para casos nuevos.



### Mejorar el acceso a los medicamentos mediante mecanismos perfeccionados de referencia. Capacitación mhGAP y un sistema de información sanitaria en línea en Turquía

Turquía fue uno de los primeros países en planificar y ampliar la implementación del mhGAP en todo el país, comenzando con la adaptación de la versión 2.0 de la GI-mhGAP a las lenguas y contextos locales. En septiembre del 2017, 349 médicos de familia turcos y 150 médicos titulados sirios habían recibido capacitación en el mhGAP y 85 médicos titulados sirios están ahora trabajando en los centros de salud para migrantes en Turquía, con apoyo y supervisión para la evaluación, el tratamiento farmacológico y no farmacológico de trastornos MNS en las comunidades anfitrionas y de refugiados afectadas.

Con un sistema de información sanitaria en línea que permite a las farmacias tener acceso a datos sobre medicamentos de venta bajo receta, las dosis recomendadas e instrucciones para su uso, las personas con trastornos MNS que requieren intervenciones farmacológicas pueden obtener medicamentos psicotrópicos prescritos en cualquier farmacia. Esto permite el seguimiento adecuado y un proceso regulado, que limita el uso indebido de medicamentos psicotrópicos.

Se estableció un comité para abogar por la salud mental ante el Ministerio de Salud de Turquía, incluyendo temas vinculados con la implementación del mhGAP. Por ejemplo, no todos los medicamentos psicotrópicos recomendados en la versión 2.0 de la GI-mhGAP pueden ser prescritos por médicos de familia y médicos sirios capacitados. Están en marcha esfuerzos para mejorar el sistema de referencia en la atención de salud mental a nivel provincial y para implementar un mecanismo de referencia que funcione para las personas con psicosis o epilepsia, a fin de que puedan tener acceso a los servicios a través de la atención primaria de salud. Esto incluye realizar un mapeo de los especialistas y los hospitales que pueden recibir pacientes referidos con trastornos MNS graves que no pueden ser controlados por el personal de atención de salud no especializada. Las vías de referencia, los canales de coordinación y los mecanismos de retroalimentación para garantizar el seguimiento y el manejo de la medicación prescrita por el personal de atención de salud no especializada son cruciales, en particular en las provincias con un gran número de refugiados donde se están realizando pruebas piloto del sistema de referencia.

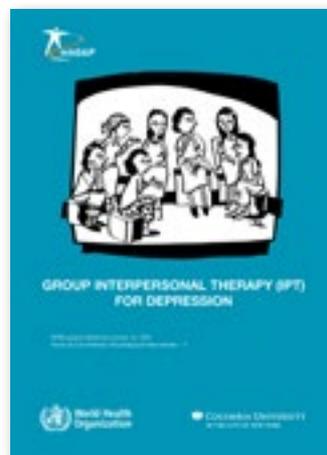
## 2.6

## Mejorar el acceso a las intervenciones psicológicas

El mhGAP recomienda algunas intervenciones psicológicas basadas en la evidencia, realizadas por proveedores de atención de salud no especializada bien adiestrados y supervisados. Incluyen estrategias de autoayuda, terapia cognitiva conductual (TCC), terapia interpersonal grupal (TIP) y capacitación en relajación. Entre los ejemplos de los manuales de la OMS sobre intervenciones psicológicas que se mencionan en la versión 2.0 de la GI-mhGAP se incluyen: Enfrentando problemas plus (EP+) para la depresión, la ansiedad y el estrés (39–41), terapia interpersonal grupal (TIP) para la depresión (42, 43), y Pensamiento saludable para la atención psicosocial de la depresión perinatal (44, 45).

Hasta hace poco, las intervenciones psicológicas eran consideradas lentas por los especialistas en salud mental, que tienden a ser pocos en los entornos de escasos recursos. Como resultado, la mayoría de las personas no tienen acceso a esa atención. No obstante, durante los 15 últimos años, se han acumulado pruebas fehacientes de la eficacia de las intervenciones psicológicas efectuadas por personal no especialista para tratar trastornos MNS en países de ingresos bajos y medianos (46). En consecuencia, la OMS y sus aliados están poniendo a disposición de los interesados varias intervenciones psicológicas innovadoras que no dependen de los especialistas y que se pueden incrementar. Estas intervenciones modificadas se pueden usar para diversos grupos de edad y de población y pueden ser realizadas por personal no especialista capacitado y supervisado.

El objetivo de esta sección es proporcionar orientación práctica al equipo operativo del mhGAP para aumentar el acceso a las intervenciones psicológicas como parte de la implementación del mhGAP. Se debe preparar el sistema de salud para implementar intervenciones psicológicas capacitando a los capacitadores y a los supervisores de los proveedores de atención de salud no especializada, estableciendo vías de atención para la referencia y la contrarreferencia para la atención en la comunidad, y mejorando los sistemas de información de salud para vigilar el progreso durante las intervenciones. En el anexo 7 se resumen las intervenciones psicológicas y farmacológicas usadas para los trastornos MNS prioritarios en la versión 2.0 de la GI-mhGAP.



## ■ Función del equipo operativo del mhGAP en la mejora del acceso a intervenciones psicológicas

**Paso 1.** Identifique un punto focal o forme un grupo de trabajo para intervenciones psicológicas en el equipo operativo del mhGAP, que incluya a expertos (preferentemente locales) en intervenciones psicológicas.

**Paso 2:** Seleccione una intervención psicológica y decida dónde tendrá lugar su implementación:

- Consulte el análisis de la situación (sección 1.2) para definir la disponibilidad de proveedores capacitados en el suministro de las intervenciones psicológicas y determinar la necesidad de una intervención psicológica.
- Las intervenciones deben ser apropiadas para las necesidades de salud mental de la población, el número de personas que serán tratadas y los recursos disponibles. Por ejemplo, la intervención "Pensamientos saludables" (44) podría ser implementada para las embarazadas.
- Asegúrese de que la intervención esté basada en la evidencia (anexo 7) y que la ubicación y el modelo de suministro sean apropiados para el contexto local y los recursos disponibles.
- Cuando decida sobre las intervenciones apropiadas, logre un equilibrio entre la eficacia de la intervención y su implementación en el distrito para garantizar las máximas repercusiones.

**Paso 3:** Traduzca y adapte las intervenciones psicológicas al entorno y el contexto locales (sección 2.1).

**Paso 4:** Prepare la detección, la evaluación y la referencia de casos y el suministro de intervenciones psicológicas.

- Decida quién proporcionará la intervención psicológica, su lugar en el sistema y toda necesidad para fortalecer la referencia de pacientes. Es poco probable que proveedores de atención primaria puedan suministrar varias sesiones de tratamiento psicológico que duren de 60 a 90 minutos dado que están muy ocupados con sus tareas, mientras que otro personal del sistema de salud (por ejemplo, trabajadores comunitarios, personal de ONG) tal vez dispongan más tiempo.
- Establezca la referencia directa entre los establecimientos de salud donde se implementa el mhGAP y se ha capacitado a proveedores para suministrar intervenciones psicológicas. Establezca criterios para la inclusión, la exclusión y la referencia relacionadas con la intervención psicológica. Antes de que las personas reciban la intervención, deben ser evaluadas para asegurar que se beneficiarán con los servicios y para establecer un punto de comparación.



### Consejos prácticos

- Si las intervenciones psicológicas van a ser suministradas por trabajadores de la comunidad, combine la capacitación con la concientización acerca de la salud mental.
- Realice debates con grupos de discusión o entrevistas con especialistas, no especialistas y usuarios de las intervenciones para detectar la necesidad de alguna adaptación del manual de intervenciones a fin de ajustarlo al contexto. Se podrían leer partes de manuales de intervenciones y mostrar ilustraciones a los futuros proveedores para determinar su pertinencia, aceptabilidad e inteligibilidad.
- Considere la posibilidad de asignar directores de casos para coordinar la atención entre los proveedores de atención de salud no especializada que se han capacitado para suministrar intervenciones psicológicas y quienes se encargan de otros aspectos de la atención, como las parteras, que podrían ser responsables de la coordinación de la atención de salud maternoinfantil en el distrito (sección 5.2).
- Administre un breve cuestionario al comienzo y al final de una intervención psicológica para evaluar cambios en los síntomas.

- Durante una intervención psicológica, es importante vigilar los pensamientos suicidas de la persona para asegurarse de que reciban el tipo de atención que necesitan.
- Realice actividades pertinentes de concientización para obtener el apoyo de los interesados directos, incluyendo la comunidad y los especialistas en salud mental.
- Determine si ciertas intervenciones psicológicas requieren un espacio físico y, en ese caso, cómo se puede mantener la confidencialidad en los establecimientos donde son limitados los recursos.

**Paso 5:** Planifique, prepare y presupueste la selección, la capacitación y la supervisión continua.

- No se debe subestimar la importancia de la capacitación de alta calidad y la supervisión clínica continua en la implementación de intervenciones psicológicas. La falta de fondos para la supervisión (incluidos los fondos para transporte) es una barrera frecuente. La capacitación de actualización es importante para velar por la calidad de la atención prestada.
- Todos los proveedores de servicios (capacitadores, supervisores y proveedores) deben tener los conocimientos, la experiencia y las aptitudes pertinentes.
- Es preciso determinar la competencia de los proveedores de intervenciones psicológicas y evaluar su fidelidad al tratamiento a fin de velar por la calidad de la intervención. La competencia quizá tenga que ser reevaluada para garantizar que se mantengan las aptitudes.

**Paso 6:** Vigile y evalúe las intervenciones psicológicas (anexo 4).

- Recopile datos tanto sobre la intervención como sobre el nivel del servicio.
- Intervención: use cuestionarios apropiados para vigilar los síntomas y el funcionamiento. En todos los casos, evalúe la mejoría al final de la intervención para determinar el impacto. El progreso también puede ser determinado al comienzo de cada sesión (por ejemplo, las intervenciones Enfrentar problemas plus (EP+) y Terapia interpersonal grupal (TIP), incorporan mediciones en cada sesión).
- Implementación de los servicios: recopile datos sobre el número de proveedores capacitados en intervenciones psicológicas y en el número de referencias desde y a los servicios.



## mhGAP Indicadores de la implementación

- Número de no especialistas en el distrito que han sido capacitados para proporcionar intervenciones psicológicas
- Proporción de personas que reciben intervenciones psicológicas y que informan una disminución en los síntomas.

**Medios de verificación:** Referencia de personas con trastornos MNS para intervenciones psicológicas; herramientas para determinar síntomas de trastornos MNS, por ejemplo, el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS (WHODAS, por sus siglas en inglés) (47) y el Cuestionario sobre la salud del paciente (PHQ, por sus siglas en inglés) (48).



## Extensión del tratamiento de la depresión en Uganda con una intervención psicológica ampliable

En Uganda, el sistema de salud está cada vez más equipado para tratar la depresión; sin embargo, al igual que en muchos entornos de escasos recursos, la gran mayoría de las personas con depresión no reciben atención de salud mental.

Con el fin de reducir la brecha en el tratamiento de la depresión, la ONG StrongMinds adaptó una intervención sencilla, costo efectiva, basada en datos probatorios y recomendada por la OMS: la terapia interpersonal grupal (42). Esta intervención psicológica ampliable, como se comprobó en la investigación en Uganda (43), fue adaptada para un programa estructurado de 12 semanas encaminado a ayudar a los miembros de la comunidad a identificar y controlar sus dificultades interpersonales. La intervención tuvo buenos resultados al reducir los síntomas de la depresión y los miembros del grupo también establecieron sólidos vínculos sociales con sus compañeros. La mayoría de los grupos se siguen reuniendo después de que terminan las sesiones formales, lo cual permite a las mujeres de la comunidad manejar y prevenir episodios depresivos futuros.

La integración de intervenciones psicológicas basadas en la evidencia y ampliables en los servicios de salud no especializados o su suministro por organizaciones locales, es una parte importante de la extensión del tratamiento para trastornos MNS y puede tener grandes repercusiones. En 2015, en Uganda, una evaluación del programa indicó que en 86% de las 1.800 mujeres se había reducido la depresión al final de las sesiones formales. La evaluación también demostró la importancia de la supervisión continua de los proveedores capacitados en intervenciones psicológicas para velar por la calidad de la atención.

Fuente: StrongMinds Mental Health Africa. Quarterly summary (2nd Qtly Report). <https://strongminds.org/>





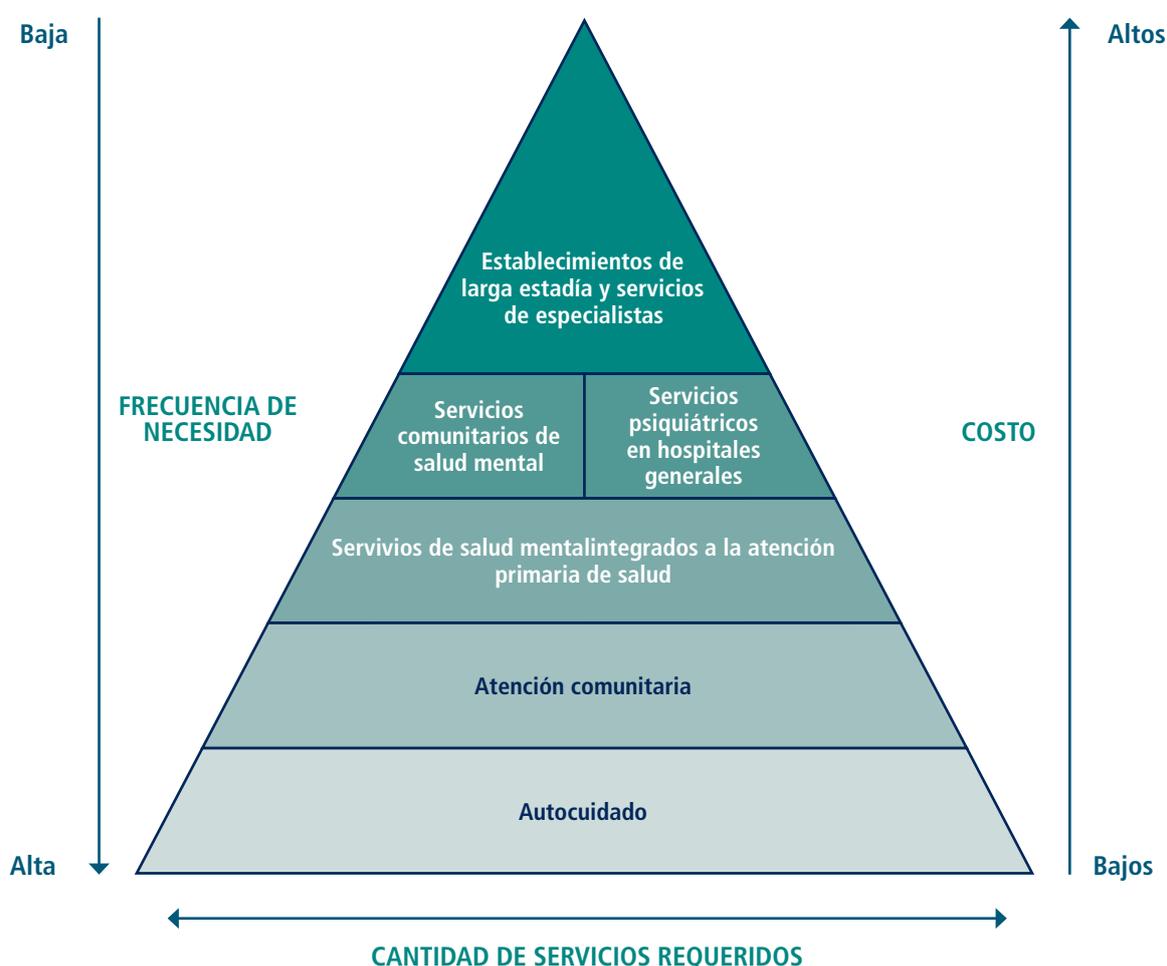
PROVEER

# 3. PROVEER

La integración del tratamiento y la atención de los trastornos MNS en entornos de salud no especializada es fundamental para asegurar que todas las personas reciban los servicios esenciales de salud de alta calidad que necesitan, sin dificultades económicas. El Plan de acción sobre salud mental 2013–2020 de la OMS (6) propone el cambio sistemático de los hospitales psiquiátricos de larga estada por servicios comunitarios de salud mental, incluyendo la hospitalización de estada breve y la asistencia ambulatoria en hospitales generales, servicios de atención primaria y otros servicios de salud no especializados, centros de salud mental integral, guarderías infantiles, el apoyo a las personas con trastornos MNS que viven con su familiares y viviendas subvencionadas.

El conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental de la OMS (28) proporciona un marco para la integración de diferentes niveles y entornos de servicios de salud mental en un sistema coherente de atención (figura 2). En esta pirámide, la mayor parte de la atención es prestada de manera informal por las familias y las redes comunitarias y mediante el autocuidado y el apoyo de los pares.

Figura 2. Mezcla óptima de servicios de salud mental



Fuente: referencia (28)

Las intervenciones recomendadas por el mhGAP deben ser integradas en diversos niveles de la pirámide. Por ejemplo, se puede capacitar a los maestros, profesores, padres y cuidadores para que apoyen a los niños y los adolescentes que están en contacto con servicios de los niveles primario, secundario y terciario de los sistemas de salud y en la asistencia social y educativa a fin de garantizar el aprendizaje y el desarrollo de quienes padecen trastornos mentales y de conducta. Se puede capacitar a personal no especializado de atención primaria y secundaria de salud en el suministro de atención para trastornos MNS utilizando la versión 2.0 de la GI-mhGAP. Los trabajadores de la comunidad y los proveedores de atención sanitaria vinculados con servicios de atención primaria, secundaria y terciaria de salud pueden ser capacitados en intervenciones psicológicas ampliables para cerrar la brecha en la disponibilidad de servicios de salud mental.

En la etapa de Proveer, el equipo operativo del mhGAP, incluidos los directores distritales de salud, debe apoyar la atención prestada a los trastornos MNS en los servicios de salud de nivel primario, secundario y terciario. Es preciso establecer un sistema claro de referencia, contrarreferencia y enlace en consulta con los directores y los proveedores de atención de salud de todos los niveles. Se deben fortalecer las redes en la comunidad y el autocuidado y la coordinación con otros sectores.

Las barreras potenciales a la prestación de los servicios (cuadro 6) dependen de los servicios disponibles en el distrito y en el país.

**Cuadro 6. Posibles barreras y soluciones en la etapa Proveer**

Posibles barreras	Posibles soluciones	Secciones pertinentes
Retraso en el inicio de la prestación de servicios en los establecimientos y en la comunidad: se proporciona la capacitación, pero no se inicia la prestación del servicio.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El equipo operativo del mhGAP, incluidos los directores distritales de salud, colabora con otros interesados directos para pasar de las etapas de planificar y preparar a la de proveer.</li> <li>Identifique, con el equipo operativo del mhGAP, las barreras para implementar el mhGAP en los establecimientos y la comunidad y consulte o revise el plan operativo y el presupuesto cuando sea necesario.</li> </ul>	1.3, 2.3, 3.1 y 3.2
Limitado abastecimiento de medicamentos psicotrópicos: se han iniciado los servicios, pero no se dispone de los medicamentos esenciales.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Siga las recomendaciones de la etapa de preparación sobre mejorar el acceso a los medicamentos psicotrópicos en los establecimientos.</li> </ul>	2.5 y 3.1
Desequilibrio entre la oferta y la demanda: se dispone de servicios, pero la comunidad no está consciente de que existen.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informe a la comunidad sobre la atención disponible para los trastornos MNS (por ejemplo, la finalidad y la importancia de la atención de esos trastornos, los servicios disponibles en un consultorio, la ubicación del consultorio y las horas de atención), y aumente la conciencia acerca de esos trastornos.</li> <li>Use intervenciones en la población y la comunidad para promover la salud mental y el bienestar y prevenir trastornos MNS.</li> </ul>	3.2 y 3.3
Falta de información sobre el progreso de los servicios prestados: se prestaron los servicios, pero no se dispone de ningún informe sobre el progreso.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El seguimiento y la evaluación deben ser continuos como parte de las etapas de Planificar, Preparar y Proveer.</li> <li>Aunque los recursos sean limitados, el equipo operativo del mhGAP puede recopilar datos ordinarios y efectuar auditorías periódicas para identificar los puntos débiles y los puntos fuertes de los servicios.</li> </ul>	4.0

**Tenga en mente los principios transversales cuando prepara al sistema de salud para el despliegue del mhGAP.**



La integración de la salud mental en los servicios generales de salud puede ayudar a resolver el problema de la escasez de recursos humanos para suministrar las intervenciones recomendadas por el mhGAP. No obstante, se debe disponer de un número suficiente de proveedores de atención de salud no especializada, con las aptitudes y las competencias requeridas para detectar trastornos MNS, proporcionar medicamentos psicotrópicos esenciales e intervenciones psicosociales, intervenir en las crisis, enviar a pacientes a servicios de salud mental especializados cuando sea apropiado, proporcionar psicoeducación y apoyo a las personas con trastornos MNS y sus familias.

En muchos países, las instituciones psiquiátricas y los servicios especializados son la única atención de salud mental al alcance de la población. Esas instituciones a menudo están ubicadas en los pueblos y las ciudades más importantes, lejos de donde viven algunas personas. En consecuencia, muchas de ellas no solicitan la atención que necesitan. Cuando los servicios de salud mental son prestados por proveedores de atención de salud no especializada en establecimientos distritales, las personas pueden tener acceso al tratamiento y los cuidados cerca de sus hogares y, por lo tanto, las familias permanecen juntas, se mantienen sus sistemas de apoyo, se garantiza su integración y actividad en la comunidad y continúan contribuyendo en forma productiva a las tareas hogareñas (49).

A nivel de los establecimientos de salud, el suministro de tratamiento y atención incluye dos etapas: (1) evaluación y (2) tratamiento de los trastornos MNS.

Una vez que se sospecha la presencia de alguno de esos trastornos, el proveedor de atención de salud debe evaluar a la persona de acuerdo con lo indicado en el módulo Atención y prácticas esenciales de salud de la versión 2.0 de la GI-mhGAP (8) realizando:

- un examen físico,
- un examen del estado mental, un diagnóstico diferencial, y
- pruebas básicas de laboratorio.

El manejo de las personas con trastornos MNS en los establecimientos comprende varios pasos.

- Prepare un plan de tratamiento. Modifique los planes de tratamiento para las poblaciones especiales.
- Realice intervenciones psicosociales: psicoeducación, reducción del estrés, fortalecimiento del apoyo social, promoción del funcionamiento en la vida cotidiana e intervenciones psicológicas cuando sea posible y estén indicadas.
- Trate el trastorno con medicamentos psicotrópicos cuando estén indicados.
- Establezca vías de atención de ida y vuelta, con la referencia a especialistas o a un hospital cuando proceda y sea posible para estabilizar a las personas con trastornos MNS, y asegurando el tratamiento y el seguimiento de regreso en la comunidad.
- Asegúrese contar con un plan apropiado de seguimiento y aborde los obstáculos para el seguimiento o el acceso.
- Trabaje con los cuidadores y las familias.
- Fomente vínculos sólidos con los servicios educativos y sociales (incluidos los de vivienda), los programas para la reducción de la pobreza y la promoción de los medios de vida y otros servicios pertinentes.

## Recuadro 2. Herramienta para la prestación de los servicios: el e-mhGAP

El e-mhGAP está constituido por un teléfono inteligente o una tableta y la aplicación para la web de la versión 2.0 de la GI-mhGAP. Se desarrollaron estos componentes sobre la base de la retroalimentación aportada por los usuarios de la versión 1.0 de la GI-mhGAP, que señaló los posibles beneficios de una herramienta más interactiva para apoyar la toma de decisiones. Se obtuvo la retroalimentación en exámenes y consultas de expertos, que confirmaron que una versión electrónica de la versión 2.0 de la GI-mhGAP podría ser beneficiosa, en particular en entornos de escasos recursos con acceso limitado a establecimientos de salud. La primera versión de la e-mhGAP fue dada a conocer en octubre del 2017; habrá actualizaciones.



Los algoritmos clínicos en la versión 2.0 de la GI-mhGAP fueron diseñados para constituir la base de una versión electrónica, con un formato de respuestas sí/no, para apoyar la toma de decisiones sobre trastornos MNS prioritarios. La primera versión fue elaborada en el transcurso de 9 meses, con aportes de expertos y la puesta a prueba con usuarios, para llegar a la primera versión que se dio a conocer.

El e-mhGAP tiene varias características innovadoras que pueden facilitar la enseñanza, el aprendizaje y la prestación de atención de salud a las personas con trastornos MNS en los países de ingresos bajos y medianos, por ejemplo:

- Es fácil difundirlo: el e-mhGAP está disponible en las tiendas de aplicaciones Android y Apple y puede ser bajado gratuitamente por los usuarios con los dispositivos apropiados.
- La interfaz es fácil para el usuario: el e-mhGAP ha sido diseñado para ser fácil de usar, con algoritmos clínicos presentados en un sencillo formato de sí/no.
- La función de notas: esta característica registra cada decisión y la presenta en un resumen fácil de ver, que es útil para el aprendizaje y la toma de decisiones.
- La función de resumen del tratamiento: como las personas pueden presentar más de un trastorno MNS, el e-mhGAP identifica las opciones de tratamiento (por ejemplo, protocolos que se deben completar) recomendadas al completar los algoritmos clínicos para múltiples trastornos. Esas opciones se resumen en un formato fácil de leer para facilitar la implementación de los protocolos.
- Registros: el e-mhGAP no es un registro electrónico de la utilización de los servicios; no almacena los datos de los pacientes. No obstante, las notas almacenadas en el e-mhGAP pueden ser enviadas tocando un botón.
- Es utilizable fuera de línea: el e-mhGAP no requiere una conexión de internet después de la bajada inicial.

### Avances futuros

Se actualizará el e-mhGAP periódicamente sobre la base de la retroalimentación aportada por los usuarios con el fin de garantizar que las características futuras respondan a sus necesidades. La OMS está desarrollando sistemas de capacitación a distancia y supervisión para ayudar aún más en la implementación del mhGAP; estos sistemas se interconectarán con el e-mhGAP.

Para más información y para bajar la aplicación, vea: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/e\\_mhgap/en/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/e_mhgap/en/).

## ■ Mejorar la prestación de servicios en establecimientos de atención de salud no especializada

**Paso 1.** Inmediatamente después de la capacitación en el mhGAP, use las herramientas proporcionadas para prestar servicios integrados de salud mental y física.

- Mejore el manejo clínico de casos en los establecimientos al asegurar que los proveedores de atención de salud tengan las competencias para evaluar y tratar los trastornos MNS conforme a la versión 2.0 de la GI-mhGAP.
- Fortalezca las estructuras de supervisión después de capacitar a los capacitadores y los supervisores.
- Aumente las oportunidades de capacitación profesional en el servicio y la capacitación de actualización en el mhGAP.

**Paso 2.** Asegúrese de que los establecimientos adopten un enfoque de derechos humanos en la prestación de los servicios para lograr cobertura universal de los trastornos MNS. Todas las personas en el distrito deben recibir los servicios esenciales de salud que necesitan, sin dificultades económicas.

- Concientice a los interesados directos en la salud y a otros sectores pertinentes y coordine con ellos medidas para fortalecer los servicios prestados en los establecimientos de salud distritales.

**Paso 3.** Trabaje con los establecimientos distritales para mejorar los sistemas de gestión de la información. Imparta capacitación en el registro de datos. Promueva la utilización de formularios normalizados para registrar el ingreso y el seguimiento en los establecimientos.

- Recolecte, analice y difunda los resultados del seguimiento y la evaluación (sección 4.3) para ajustar el programa cuando sea necesario a fin de fortalecer la atención prestada a los trastornos MNS y alcanzar las metas del plan operativo del mhGAP.

**Paso 4.** Vigile el suministro de medicamentos psicotrópicos esenciales en los establecimientos distritales (sección 2.5).

**Paso 5.** Desarrolle la capacidad de los proveedores en los establecimientos de atención de salud no especializada para iniciar y recibir referencias y conectarse con especialistas, proveedores de atención y trabajadores de salud de la comunidad (sección 2.4).

- Establezca vínculos con especialistas y personal no especialista capacitado en el suministro de intervenciones psicológicas (sección 2.6). Establezca vínculos con intervenciones comunitarias cuando las haya y cuando proceda (sección 3.2).



### Consejos prácticos

- Considere la posibilidad de asegurar que al menos un integrante capacitado del personal esté físicamente presente en todo momento, que “esté de turno”, para evaluar y tratar a personas con trastornos MNS.
- Considere la posibilidad de implementar cada una o dos semanas “un consultorio para trastornos MNS” en un establecimiento de salud general, a fin de prestar cuidados de seguimiento o facilitar grupos de apoyo de compañeros y cuidadores. Es preciso tener cuidado para lograr que los consultorios para trastornos MNS no refuercen la estigmatización de las personas con esos trastornos y sus familias.
- Organice un espacio privado, preferentemente otra habitación, para las consultas de trastornos MNS. Considere la posibilidad de que la habitación para esas consultas se encuentre en la misma área de otras habitaciones de consulta y no esté señalizada para reducir la posibilidad de que se eviten los servicios de salud mental debido al temor a la estigmatización social.
- Establezca servicios que satisfagan las necesidades de las personas a lo largo de su vida. Por ejemplo, los espacios adaptados para las familias pueden suministrar información adecuada a la edad para los niños y alentar a los adolescentes a hablar cuando están solos con los proveedores de atención sanitaria.



## mhGAP Indicadores de la implementación

**Indicador:** Proporción de personas con trastornos MNS identificadas y tratadas en los establecimientos.

**Medios de verificación:** Registros de la utilización de los servicios de los sistemas de información sanitaria; registros de la supervisión.



### Enfermeras de salud mental encabezan la prestación de servicios en Fiji, un país con recursos limitados

Fiji, un país de ingresos medianos bajos, enfrenta muchos de los retos que dificultan ampliar el tratamiento de los trastornos MNS y que son característicos de otros países de ingresos bajos y medianos. En particular, hay brechas considerables en los recursos y la cobertura del tratamiento, un gasto relativamente bajo en salud mental, una concentración del tratamiento en determinados establecimientos terciarios y una carencia significativa de capacitación y recursos para proveedores de atención de salud no especializada. La vasta extensión geográfica de Fiji y la lejanía de gran parte de su población complican la prestación de servicios. La falta de transporte para el limitado número de personal de salud mental agrava el problema. Las prioridades para mejorar el suministro de atención a los trastornos MNS incluyen el aumento del número y la capacidad del personal de salud en los establecimientos.

El Ministerio de Salud y Servicios Médicos de Fiji, con el apoyo de OMS y de directores de salud distritales, ha buscado mejorar los servicios de salud mental mediante la descentralización. Más de 500 proveedores de atención de salud no especializada han sido capacitados en la implementación del mhGAP, incluidos médicos generales y enfermeras, para evaluar y tratar trastornos MNS prioritarios en establecimientos de atención de salud. A falta de especialistas, en algunos distritos se ha capacitado a enfermeras de salud mental para que actúen como instructoras del mhGAP y, con el apoyo de especialistas en salud mental, capacitan, apoyan y supervisan a proveedores de atención de salud no especializada y tratan casos en coordinación con médicos generales en establecimientos para tratamiento farmacológico y con enfermeras para el apoyo psicosocial no farmacológico. Las unidades de tratamiento del estrés en tres hospitales provinciales reciben a personas con trastornos MNS de moderados a graves, referidas por los proveedores de atención de salud no especializada capacitados.



La combinación del tratamiento y atención en las comunidades con los servicios en establecimientos, es más eficaz que la atención hospitalaria por sí misma. La evidencia favorece un modelo equilibrado en la prestación de servicios a nivel distrital (50, 51). En este enfoque, los servicios de salud mental son prestados en las comunidades, cerca de la población que los requiere, por proveedores de atención de salud no especializada, médicos de familia y trabajadores de la comunidad, (por ejemplo, agentes sanitarios de la comunidad de instituciones gubernamentales, trabajadores psicosociales de ONG y voluntarios de la Cruz Roja o la Media Luna Roja), resultando en estadías hospitalarias más breves, se organizan con prontitud y se prescriben cuando es estrictamente necesario.

Los proveedores primarios de los servicios de salud formales en la comunidad son trabajadores comunitarios, definidos como proveedores de atención de salud sin títulos oficiales, que han sido seleccionados y capacitados y están trabajando en las comunidades de las cuales provienen (52). Se comprueba cada vez más que los trabajadores de salud comunitarios constituyen un recurso importante para prestar servicios de salud, en particular en las zonas con mayor escasez de personal capacitado. Sin embargo, en muchos entornos estos trabajadores pueden verse abrumados por necesidades de salud más agudas o de mayor prioridad (53), que exceden sus conocimientos para suministrar intervenciones de salud mental de manera eficaz. En recientes iniciativas de políticas para lograr la cobertura universal de salud en países de ingresos bajos y medianos, la definición de la plataforma para prestar servicios de atención de salud en la comunidad se ha ampliado para incluir entornos más allá de los brindados en instituciones de salud, como escuelas, vecindarios, comunidades y lugares de trabajo, y personas como profesores, oficiales de policía, asistentes sociales, curanderos, usuarios de los servicios, sus compañeros, sus padres, los ancianos de la comunidad y el público en general. Quizá sea una estrategia importante para extender no solo el acceso a servicios de salud mental en entornos de escasos recursos sino también el espectro de intervenciones que se pueden proporcionar. En el anexo 7, se proporcionan ejemplos de las intervenciones comunitarias.

El tratamiento y la atención en la comunidad son eficaces para reducir la discapacidad y los síntomas (54), garantizan una mayor aceptación, menos hospitalizaciones y suicidios en el manejo de trastornos MNS (55) y mejoran el funcionamiento social (56). El enfoque es a menudo eficaz en función del costo y, por consiguiente, resulta particularmente atractivo en países de ingresos bajos y medianos, donde la estigmatización a menudo limita el acceso a atención de alta calidad.

En general, las intervenciones de salud mental comunitarias pueden clasificarse en tres grupos:

**Concientización y conocimientos sobre la salud mental (sección 3.3):** reducir la estigmatización y aumentar el acceso al tratamiento al mejorar el grado de comprensión de los integrantes de la comunidad acerca de la salud mental y los trastornos mentales, mejorando su capacidad de detectar signos de problemas de su propia salud mental como también en otras personas. Las actividades incluyen la capacitación en primeros auxilios de salud mental y el suministro de información acerca de donde referirlos.

**Prevención y promoción (sección 3.4):** prevenir problemas de salud mental como también potenciar al máximo la salud mental y el bienestar de las personas y las comunidades. La prevención y la

promoción abordan los determinantes psicosociales de la salud mental e incluyen la capacitación en habilidades para la vida, habilidades para la crianza de los hijos, la promoción de la actividad física y una alimentación sana, y la capacidad de conexión social.

**Tratamiento y rehabilitación:** reducir y controlar los síntomas de los trastornos mentales, prevenir las recaídas, reducir al mínimo la discapacidad apoyando la rehabilitación y la recuperación. Las actividades de tratamiento pueden incluir psicoterapia, psicoeducación, tratamiento del estrés, apoyo vocacional y grupos de apoyo mutuo de usuarios.

Se está preparando un conjunto de herramientas comunitarias del mhGAP como un recurso práctico para los directores distritales y los proveedores locales.

## ■ Función del equipo operativo del mhGAP en el aumento de la prestación de servicios comunitarios

**Paso 1.** Refiérase al análisis de la situación (sección 1.2) para determinar el tratamiento y la atención de las comunidades disponibles en el distrito. Mapee los recursos de la comunidad e identifique a los interesados directos en otros sectores (por ejemplo, los de bienestar social, protección, educación y poder judicial y la sociedad civil) que podrían apoyar la salud mental de manera formal o informal.

- Involucre a estos grupos en la concientización (sección 3.5).
- Trabaje con grupos de usuarios de los servicios y grupos de apoyo de cuidadores para vincular el tratamiento y la atención en la comunidad. Aliente a los trabajadores de salud de la comunidad a establecer esos grupos si no existen.

**Paso 2.** Prepare vías de atención para fortalecer la referencia desde la comunidad a entornos de salud no especializados (sección 2.4). Aliente a los trabajadores de salud comunitarios y a otros trabajadores sanitarios a tratar casos a fin de coordinar mejor el tratamiento y la atención en la comunidad.

**Paso 3.** Capacite a los trabajadores de salud comunitarios en el empleo de materiales del mhGAP (por ejemplo, el conjunto de herramientas comunitarias del mhGAP, que se difundirá próximamente, las intervenciones psicológicas) y otras intervenciones en las comunidades (vea el anexo 7) después de su adaptación al contexto local. Las intervenciones requerirán una mayor participación de diversos sectores y de los responsables de la formulación de políticas (sección 1.4).



### Consejos prácticos

- Utilice los recursos y la infraestructura existentes para ofrecer tratamiento y atención en la comunidad estableciendo la colaboración con interesados directos de la propia comunidad. Por ejemplo, en vez de seleccionar un lugar nuevo como punto de reunión para un grupo de apoyo entre pares, use una programación cuidadosa y buena colaboración para utilizar las salas habituales para las reuniones de la comunidad.
- Los recursos informales de la comunidad y redes sociales como las agrupaciones de mujeres, las organizaciones de jóvenes, los centros comunitarios y los líderes religiosos deben ser incluidos en la promoción de la salud mental y la concientización, como participantes y como organizadores.
- Los curanderos pueden comprender a curanderos de fe, curanderos espirituales, curanderos religiosos y practicantes de la medicina en sistemas indígenas y alternativos. En muchos países, son el primer punto de contacto para las personas con trastornos MNS. Inclúyalos en la promoción y la concientización.
- Concientice a las organizaciones comunitarias acerca de las funciones que pueden desempeñar y el efecto que pueden tener en los resultados en materia de salud mental (sección 3.3).



**Indicador:** Proporción de personas con trastornos MNS que están recibiendo atención en la comunidad.

**Medios de verificación:** Mapas de los recursos comunitarios; la concurrencia a los servicios; grupos de apoyo de usuarios y cuidadores; registros de la utilización de los servicios.



### El tratamiento y la atención en la comunidad: el PRIME en Nepal

El paquete de atención de salud mental de Nepal, desarrollado como parte del Programa para mejorar la atención de salud mental (PRIME), consta de tres intervenciones en las comunidades: la detección de los trastornos MNS, la asistencia domiciliaria y la orientación. Las voluntarias de salud de la comunidad, que constituyen el grupo de proveedores de atención sanitaria menos capacitado en el sistema de salud de Nepal, son respetadas en la comunidad y tienen acceso a grupos vulnerables (especialmente de mujeres) que es menos probable que visiten servicios de salud formales. Las voluntarias son capacitadas en la detección y la referencia de casos con la herramienta de detección de informantes sobre la comunidad (57, 58) y también proporcionan asistencia domiciliaria a personas que reciben los servicios de personal no especialista capacitado en el mhGAP, efectúan el seguimiento de la observancia de la medicación prescrita, evalúan los cuidados prestados por los familiares y proporcionan psicoeducación a los pacientes y sus familiares. Estos servicios promueven el comportamiento de búsqueda de ayuda y el cumplimiento del régimen terapéutico.

El programa afronta dos retos. Si bien las voluntarias de salud de la comunidad son una parte integrante del sistema de atención de salud del Gobierno, no figuran en la nómina de personal remunerado, de manera que es difícil pedirles que asuman tareas adicionales. En segundo lugar, ya están sobrecargados de trabajo los proveedores de atención de salud no especializada. A falta de especialistas en salud mental en un distrito, el tratamiento de los trastornos MNS por voluntarias de la comunidad se complementa mediante intervenciones comunitarias para aumentar el acceso, la observancia terapéutica y la calidad de la atención y capacitando al personal de salud del nivel medio y los trabajadores psicosociales del sistema de atención de salud de los distritos.

Se moviliza a consejeros paraprofesionales para prestar apoyo psicosocial en los establecimientos de salud y la comunidad, a fin de garantizar que el tratamiento psicológico sea una parte integrante del paquete de atención de salud mental de Nepal. No obstante, la ausencia de cargos para asesores en el sistema de atención de salud es un reto para mantener los servicios psicosociales; es preciso abogar por la formulación de una estrategia y un programa de salud mental a largo plazo que incluyan la asignación de un presupuesto suficiente para mantener los servicios de salud mental y el desarrollo del personal, con el apoyo de las ONG y las comunidades locales.



## Concientizar sobre los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias y de los servicios disponibles

La concientización en el contexto de la implementación del mhGAP a nivel distrital puede incluir la difusión de información a diversos grupos: personas con trastornos MNS y sus familias, proveedores de atención de salud (especialistas y no especialistas), trabajadores comunitarios, curanderos tradicionales y religiosos, maestros de escuela y otros líderes de la comunidad, ONG, interesados directos del gobierno y el público en general.

La concientización puede mejorar la comprensión y cambiar las actitudes y el comportamiento relacionados con la salud mental y las personas con trastornos MNS. El suministro de información al público puede crear una demanda de servicios integrados y mejorar las actitudes hacia las personas con trastornos MNS y sus familias. Sin información exacta y accesible acerca de las opciones de tratamiento para los trastornos MNS y los servicios existentes en el distrito, su utilización puede ser limitada.

La concientización es importante porque:

- Las personas afectadas por trastornos MNS y las que están en riesgo de autolesión o suicidio sufren violaciones de sus derechos humanos, estigmatización y discriminación.
- Esas personas pueden ser sometidas a una extrema estigmatización y discriminación debido a las muy difundidas ideas erróneas acerca de las causas y la naturaleza de los trastornos MNS y de la autolesión y el suicidio, y pueden ser víctimas de abuso físico y sexual. A menudo se ven restringidas en el ejercicio de sus derechos políticos y civiles, como el derecho a votar, a casarse o iniciar una familia, debido al supuesto erróneo de que las personas con trastornos MNS no pueden cumplir sus responsabilidades y tomar decisiones acerca de su vida.
- A menudo son incapaces de participar plenamente en la sociedad, como por ejemplo, en los asuntos públicos, incluida la toma de decisiones políticas.
- Pueden estar recluidas en sus hogares o en sitios tradicionales o religiosos de curación.
- Enfrentan barreras significativas para asistir a la escuela y encontrar empleo, lo cual lleva a una mayor marginación. La educación deficiente reduce sus oportunidades laborales.

La concientización promueve los derechos de las personas con trastornos MNS y las que corren el riesgo de autolesión o suicidio y asegura que sus necesidades sean satisfechas por servicios de salud mental existentes o nuevos.



### Consejos prácticos

- Las personas con trastornos MNS y sus cuidadores contribuyen a la concientización en sus distritos al relatar las ventajas de su propia atención y aportar su pericia y habilidades en la toma de decisiones acerca de los servicios de salud mental.
- Las personas con trastornos MNS y sus cuidadores pueden participar directamente en la implementación del mhGAP y también se las puede alentar a establecer grupos de apoyo o unirse a los grupos locales existentes. Si no hay ningún grupo de apoyo entre pares para la salud mental en el distrito, podrían establecer uno. Para más información, vea en el instrumento de Calidad y Derechos de la OMS acciones de promoción de los derechos humanos en la atención de salud mental y áreas relacionadas (10).

**Paso 1.** Identifique las actividades de concientización que son apropiadas para el distrito y el público destinatario mediante:

- talleres con los líderes comunitarios y los curanderos y reuniones presenciales;
- el empoderamiento de personas con trastornos MNS como integrantes del equipo operativo del mhGAP para encabezar actividades encaminadas a reducir la estigmatización y la discriminación en la comunidad; y
- la colaboración con grupos de usuarios de los servicios y grupos de cuidadores en la comunidad para concientizar acerca de la salud mental.

**Paso 2.** Adapte los materiales del mhGAP y prepare materiales de información, educación y comunicación para satisfacer las necesidades del público destinatario.

- Difunda los materiales adaptados y traducidos sobre la concientización.

**Paso 3.** Concientice al personal de los servicios comunitarios y de los establecimientos. Haga participar a los proveedores de atención de salud, a los trabajadores de la comunidad y a otros miembros de la comunidad en las actividades para mejorar la atención de salud mental prestada por el personal. Concientice durante las visitas a escuelas y las reuniones de la comunidad.



## mhGAP Indicadores de la implementación

- Número de actividades de concientización que incluyen a personas con trastornos MNS y sus cuidadores y familias.
- Número de personas en el distrito a las que llegaron las actividades de concientización.

**Medios de verificación:** Resultados de una encuesta comunitaria sobre los cambios en los conocimientos, las actitudes o la práctica relacionados con trastornos MNS.



### Sacar la epilepsia de las sombras en Mozambique

En Mozambique, como en muchos países, las creencias y las prácticas culturales pueden impedir que las personas con epilepsia reciban la atención necesaria. A menudo se cree que la epilepsia es causada por espíritus malignos. Las personas con epilepsia pueden recurrir a curanderos tradicionales o religiosos en lugar de dirigirse a un establecimiento de salud para recibir apoyo. Enfrentan la estigmatización y la discriminación en sus comunidades, con la resultante aislación y vergüenza. La Iniciativa de Lucha Contra la Epilepsia está concientizando a las comunidades para aumentar el acceso al tratamiento y para eliminar las barreras al diagnóstico temprano, el tratamiento y la integración social de las personas con epilepsia mediante un enfoque holístico que incluye capacitar a los proveedores de atención de salud no especializada para detectar y tratar los casos y sesiones de concientización en las comunidades.

En cuatro años, el programa ha capacitado a 1.161 trabajadores de salud comunitarios en el suministro de intervenciones para la epilepsia. Estos activistas comunitarios de la salud, los líderes religiosos, el personal de salud y los curanderos han realizado sesiones para concientizar acerca de la epilepsia en sus comunidades y han llegado a más de 90.000 personas. La movilización de personas dentro de la comunidad, incluidos los activistas comunitarios de la salud, los líderes religiosos, el personal de salud y los curanderos, y su capacitación en conocimientos y métodos para concientizar han empoderado a esas personas para desempeñar una función activa en la eliminación de la estigmatización asociada con la epilepsia. Se ha septuplicado el número de pacientes que cada año tuvieron acceso a servicios por epilepsia.

## Apoyar el suministro de programas de prevención y promoción

Se debe promover el bienestar mental de todas las personas con trastornos MNS y prevenir las enfermedades mentales en las personas en riesgo. La prevención y la promoción son principios clave del ODS 3.4: “reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles mediante la prevención y el tratamiento y promover la salud mental y el bienestar” (12).

La prevención empieza con la concientización y el conocimiento de signos de alerta y síntomas tempranos, incluida la autolesión. Por consiguiente, las intervenciones pueden reducir el riesgo, la incidencia, la prevalencia y la reaparición de un trastorno y el tiempo de presencia de los síntomas y disminuir las repercusiones del trastorno en la persona y sus familiares.

La promoción fomenta las competencias individuales, los recursos y el bienestar mental. Las estrategias incluyen una política pública sobre los determinantes sociales de la salud que propicie la mejora de la salud. Por ejemplo, las oportunidades laborales, las leyes de antidiscriminación, la creación de entornos propicios como las intervenciones en las escuelas, el fortalecimiento de la acción comunitaria al conectar a las personas con los recursos o construir el capital social, el desarrollo de aptitudes personales (por ejemplo, la resiliencia) y la reorientación de los servicios de salud (por ejemplo, el tamizaje para detectar la depresión perinatal).

Juntos, los programas de prevención y de promoción pueden reducir los factores de riesgo y fortalecer los factores protectores. El objetivo de la meta 3.1 del Plan de acción sobre salud mental de la OMS es que el 80% de los Estados Miembros de la OMS tengan al menos dos programas funcionales de prevención y promoción para el 2020. Las actividades del equipo operativo del mhGAP requieren un enfoque multisectorial y deben ser incorporadas en las comunidades.

### Función del equipo operativo del mhGAP en la implementación de programas de prevención y promoción

El equipo operativo del mhGAP, incluido el director distrital de salud, puede mejorar la implementación de programas de prevención y promoción en el distrito o las actividades de otros interesados directos.

- Facilite el diálogo acerca de la salud mental con curanderos tradicionales y espirituales y otros líderes comunitarios (sección 3.2).
- Dada la estrecha relación entre la salud mental y la salud física (sección 5.3), es importante establecer la colaboración con los programas para enfermedades crónicas y para la prevención y promoción de problemas de salud física.



#### Consejos prácticos

- Las repercusiones de los programas de prevención y promoción son a menudo difíciles de evaluar debido a la mala calidad de los datos. Se deben identificar y medir los indicadores desde el inicio de un programa mhGAP.
- Incluya la prevención y la promoción en el presupuesto de salud mental del distrito.

Se debe considerar la posibilidad de usar un enfoque de ciclo de vida al diseñar programas de prevención y promoción, de tal modo que las necesidades de los niños, adolescentes, hombres, mujeres y adultos mayores guíen los objetivos y la prestación de los servicios. Esto también requerirá la coordinación entre los sectores. El enfoque de ciclo de vida incluye:

- el seguimiento temprano del crecimiento y el desarrollo de los lactantes de bajo peso al nacer realizado por las madres con el apropiado asesoramiento y capacitación sobre la crianza prestados por educadores y enfermeras, a fin de prevenir un desarrollo intelectual deficiente;
- la participación de las escuelas, las empresas, los líderes comunitarios y los profesionales de los medios de comunicación para promover el desarrollo de la salud mental en los niños de 3 a 6 años de edad;
- el establecimiento de programas de aprendizaje social y emocional en las escuelas para prevenir el comportamiento problemático en la niñez y para reducir los riesgos de uso indebido de sustancias, autolesión y suicidio en los adolescentes;
- el establecimiento en el lugar de trabajo de programas de manejo del estrés y de capacitación en el manejo para el personal en riesgo; y
- la implementación de campañas de inclusión social para las personas mayores, incluidas las que sufren depresión o demencia.

### **Promueva la amplia participación de la comunidad en la prevención y la promoción.**

- Implemente campañas de información pública masivas para aumentar la conciencia del público en el distrito acerca de la importancia y la disponibilidad de servicios de salud mental, por ejemplo, campañas para combatir la estigmatización.
- Difunda materiales de concientización sobre los trastornos MNS y el tratamiento para la salud mental en los establecimientos de salud (sección 3.3).
- Asegúrese de que las personas que viven con trastornos MNS desempeñen una función activa en la concientización.

#### **Recuadro 3. Prevenir el suicidio**

- Restrinja el acceso a medios para cometer autolesiones incluyendo a la comunidad en la búsqueda de procedimientos factibles de reducir el acceso a plaguicidas, armas de fuego y lugares altos, y establezca la colaboración entre el sector de la salud y otros sectores pertinentes.
- Trabaje con los medios para garantizar la información responsable acerca de los suicidios, evitando un idioma que describa el suicidio como algo sensacional o normal o lo presente como una solución a un problema, evitando imágenes y descripciones explícitas de los métodos usados y suministrando información acerca de dónde buscar ayuda.
- Implemente intervenciones en las escuelas, que pueden incluir la concientización sobre la salud mental y la capacitación en habilidades para reducir la cantidad de intentos de suicidio y de defunciones por suicidio en estudiantes adolescentes.
- Implemente políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol en el distrito.

Fuente: referencia (59)



## mhGAP Indicadores de la implementación

**Indicador:** Número de programas de prevención y de promoción de la salud mental en funcionamiento en el distrito.

Un programa de prevención y promoción en funcionamiento debe cumplir al menos dos de tres criterios:

- recursos financieros y humanos asignados,
- un plan definido para la implementación, y
- datos documentados del progreso o del impacto.

**Medios de verificación:** Resultados de una encuesta comunitaria sobre cambios en los conocimientos, las actitudes o la práctica relacionados con los trastornos MNS.



### Estrategias de prevención del suicidio en Bután

En Bután, el suicidio se encuentra entre las seis primeras causas de muerte y supera la suma de defunciones debidas a la tuberculosis, la malaria y la infección por el VIH. Sin embargo, la notificación de los suicidios es insuficiente, en parte porque los instrumentos para la recopilación de datos usados por los proveedores de servicios de salud y en dependencias jurídicas no incluyen las preguntas que permitirían obtener información sobre la prevalencia de los comportamientos suicidas. Por consiguiente, es difícil abogar por políticas y programas sobre la prevención de suicidios.

Bután carecía de un plan estratégico nacional de prevención del suicidio ya que la prevención del suicidio no era considerada una prioridad. Las barreras incluían la deficiente identificación, tratamiento y referencia de las personas que muestran comportamientos suicidas dentro del sistema de atención general de salud, que ofrece servicios de salud solo a petición. Las barreras sociales, la estigmatización y las creencias socioculturales contribuyen significativamente al comportamiento suicida e influyen en la búsqueda de ayuda. En el año 2015, aprovechando el sólido compromiso político del Gobierno, un comité integrado por muchos interesados directos dentro del Ministerio de Salud preparó un plan integral de acción de 3 años (2015–2018) para la prevención del suicidio, con una combinación de estrategias orientadas a las personas, la población y la comunidad. Un plan relativamente a corto plazo puede ser más eficaz que un plan a largo plazo, donde a menudo se debilitan el impulso y la rendición de cuentas.

Una de las estrategias a nivel distrital consistió en integrar la prevención del suicidio en los establecimientos de atención de salud no especializada mediante: (i) la capacitación y la movilización de una red de proveedores de atención de salud no especializada, como los partidarios de la prevención del suicidio en sus comunidades; (ii) el mejoramiento de la identificación de trastornos MNS, la autolesión y el suicidio, la reducción de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores; (iii) la evaluación de los pacientes con enfermedades crónicas para detectar trastornos MNS, la autolesión y tendencias suicidas; (iv) la realización de actividades de prevención del suicidio, incluida la identificación y el seguimiento de probables suicidas, por trabajadores de salud comunitarios; y (v) la participación y la movilización de miembros de la comunidad en el establecimiento e implementación de actividades de prevención, incluido el diálogo con líderes tradicionales y religiosos acerca de la salud mental y el suicidio.

*Fuentes:*

- Ask the policy expert: national suicide prevention strategies, presentation by Dr Yeshi Wangdi, Deputy Chief Programme Officer, National Suicide Prevention Programme, Department of Public Health, Ministry of Health, Thimphu, Bután (<http://www.mhinnovation.net/series-ask-policy-expert-national-suicide-prevention-strategies>).
- Gobierno Real of Bután. Suicide prevention in Bhutan – a three year action plan (2015–2018). Thimphu; 2015 ([Wwww.searo.who.int/bhutan/suicide\\_action\\_plan.pdf?ua=1](http://www.searo.who.int/bhutan/suicide_action_plan.pdf?ua=1)).

# 4. MARCO PARA EL SEGUIMIENTO Y LA EVALUACIÓN DE LA IMPLEMENTACIÓN DEL MHGAP

Los directores distritales de salud usan sistemas de información de salud para generar datos acerca de la población distrital y tomar decisiones sobre cómo mejorar los servicios mediante el uso más eficiente de los recursos limitados. Un sistema de seguimiento y evaluación de la implementación del mhGAP debe aprovechar los sistemas de información de salud existentes. Debe guiar la recopilación de datos, el análisis y el uso de los indicadores de implementación del mhGAP propuestos (anexo 1).

Si bien los términos “seguimiento” y “evaluación” se usan a menudo conjuntamente, se refieren a dos actividades distintas, aunque complementarias. El seguimiento consiste en la recolección sistemática de información para evaluar el progreso en el transcurso del tiempo y, por lo tanto, incluye la recopilación continua de información sobre el programa. La “evaluación” comprende el examen de información específica en momentos específicos para determinar si las medidas tomadas han logrado los resultados propuestos (60). Un “indicador” especifica las repercusiones, los resultados intermedios o los resultados inmediatos deseados y tiene por objeto mostrar si se han logrado los objetivos propuestos. Los indicadores pueden ser cuantitativos o cualitativos.

La integración de métodos cualitativos y cuantitativos aporta muchos detalles acerca de la puesta en práctica de programas, detalles que ningún método puede lograr por sí solo. Si bien en el marco para el seguimiento y la evaluación en el anexo 1 nos concentramos en los indicadores cuantitativos, las entrevistas periódicas y los debates en grupos de discusión con informantes clave, incluidos proveedores y usuarios de servicios no especializados, pueden revelar las barreras para la implementación del mhGAP y definir a los posibles facilitadores.

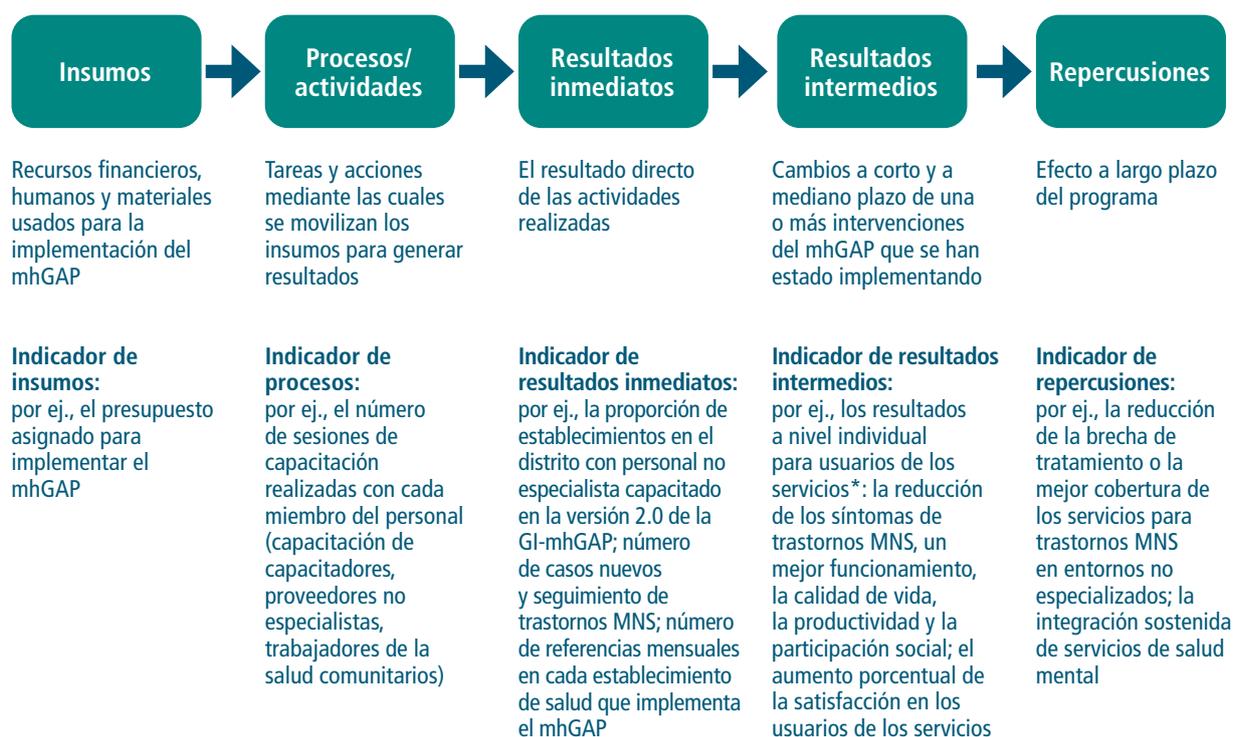
“Lo que se mide se hace”. El seguimiento y la evaluación son una parte esencial de todo programa, grande o pequeño. Pueden indicar si un programa es eficaz y para quién lo es, si las inversiones de los ejecutores y financiadores están dando resultado y cuáles áreas programáticas avanzan según lo previsto o deben ser ajustadas. El seguimiento y la evaluación proporcionan a funcionarios del gobierno, autoridades sanitarias, directores de la implementación y a la sociedad civil experiencias para mejorar la prestación de los servicios, la planificación y la asignación de los recursos y la presentación de resultados como parte de su rendición de cuentas ante interesados directos clave.

Lo ideal es que cada distrito cuente con personal de tiempo completo o parcial que coordine

y desarrolle la capacidad en las estructuras de seguimiento y evaluación de la implementación del mhGAP mediante la utilización de sistemas de información de salud. En el anexo 1 se enumeran indicadores que pueden ser usados para medir el progreso de la implementación del mhGAP en las tres etapas. Una función clave de los datos recopilados es su utilización en la adopción de decisiones que mejorarán los servicios.

La figura 3 muestra ejemplos de indicadores que se deben medir en los distritos que implementan el mhGAP. Los directores de salud distritales pueden adaptar los indicadores propuestos según las necesidades de información a nivel distrital y nacional.

**Figura. 3. Ejemplos de indicadores clave para la implementación del mhGAP**



\* La elección del instrumento de medición depende de los instrumentos que hayan sido validados a nivel local. Pueden ser medidas amplias del sufrimiento emocional, como el Cuestionario de Autoinforme-20 (SRQ-20) o el Cuestionario General de Salud-12 (GHQ-12), o medidas de la depresión y la ansiedad, como el Cuestionario de salud del paciente-9 (PHQ-9) y la Escala de 7 puntos para el trastorno de ansiedad generalizada (GAD-7), y medidas del funcionamiento cotidiano, como el Cuestionario de evaluación de la discapacidad de la OMS (WHODAS). CCS, Programa de capacitación de capacitadores y supervisores.

Adaptado de las referencias (14, 33, 60)



## ■ Asegurar el seguimiento y la evaluación continuos en toda la implementación del mhGAP

### Planificar

Identifique un punto focal para el seguimiento y la evaluación en el equipo operativo del mhGAP que será responsable de supervisar los procedimientos de seguimiento y evaluación, capacitar a los encargados de realizarlos y asesorar sobre los cambios en el plan operativo o el presupuesto del mhGAP como consecuencia de los resultados del seguimiento y la evaluación en curso.

Examine la información sobre la carga de trastornos MNS y los recursos disponibles para reducirla.

- Si se cuenta con una política y un plan nacional de salud mental, familiarice con ellos al equipo operativo del mhGAP, incluida toda meta para mejorar la cobertura de trastornos MNS.
- Quizá también se pueda obtener alguna información en el análisis de la situación (sección 1.2). Analice el sistema de seguimiento y evaluación en el distrito para determinar qué datos se recopilan actualmente, identificar fuentes de datos y determinar la frecuencia de la recopilación y cómo se procesan, analizan, difunden y usan los datos.
- Utilice información sobre recursos e instituciones existentes extraída del análisis de la situación, establezca enlaces con asociados para la implementación (principales ONG, el sector privado, donantes e instituciones de investigación) a fin de coordinar la planificación de seguimiento y la evaluación.

El presupuesto para el seguimiento y la evaluación como parte de la planificación de la implementación del mhGAP (sección 1.3). El presupuesto recomendado para el seguimiento y la evaluación es de 10% del presupuesto total del programa. Inclúyalo en los cálculos presupuestarios (sección 1.3).

### Preparar

Adapte los indicadores de la implementación del mhGAP a los recogidos en los sistemas de información sanitaria existentes (figura 3). Cuando los indicadores de salud mental no se recolectan de manera sistemática, puede ser necesario abogar para que el personal de los sistemas de información sanitaria y los responsables de la formulación de políticas incluyan un conjunto mínimo de indicadores.

Fortalezca la capacidad de todos los actores involucrados en el seguimiento y la evaluación.

- Examine con el equipo operativo las posibles barreras y cómo abordarlas. Asegúrese de que haya un proceso para comprobar la calidad de los datos.
- Capacite a los equipos de los establecimientos de salud y las comunidades y a los administradores distritales antes de poner en marcha la recopilación de datos.



### Consejos prácticos

- Recolecte solo los indicadores que se usarán y que es factible recolectar en los establecimientos de salud (anexo 1).
- Para comprender mejor cómo fluyen los datos a través del sistema de información de salud existente, el punto focal para el seguimiento y la evaluación en el equipo operativo del mhGAP puede realizar un análisis detallado, que requiere generalmente visitas a los establecimientos y el examen de los formularios para la recopilación ordinaria de datos y de las bases de datos.
- Asegúrese que se cuente con mecanismos para retroalimentar los resultados del análisis de datos a los establecimientos y las comunidades.
- Asegúrese que aspectos del seguimiento y la evaluación sean incluidos en el desarrollo de capacidades para proveedores de atención de salud y otro personal. Las personas que son capacitadas en el mhGAP también deben capacitarse en el registro de información.

- Promueva y colabore estrechamente con los responsables de la formulación de políticas fuera del equipo operativo de mhGAP que también usarán los datos.

## Proveer

Implemente el sistema de seguimiento y evaluación a nivel de los establecimientos y recolecte y analice los datos para indicadores adaptados de la implementación del mhGAP (vea en el anexo 8 ejemplos de formularios para los establecimientos).

Difunda los datos en un informe periódico sobre el seguimiento y la evaluación (al menos anualmente) y en las reuniones, proporcionando orientación clara sobre cómo se puede usar la información para mejorar la prestación de servicios en los diferentes niveles del sistema de salud.

Integre los indicadores de la implementación del mhGAP en los datos recogidos a nivel distrital y abogue por su inclusión en datos ordinariamente recogidos en el sistema nacional de salud pública. Consulte las recomendaciones internacionales sobre presentación de informes, por ejemplo, de los ODS de las Naciones Unidas (12), del Plan de acción sobre salud mental 2013–2020 (6) y de la Convención de las Naciones Unidas sobre los derechos de las personas con discapacidad (11).



### Crear mecanismos de mejora continua de la calidad para vigilar y evaluar la implementación del mhGAP: el PRIME en Sudáfrica

El Programa para mejorar la atención de salud mental (PRIME, por sus siglas en inglés) en Sudáfrica introdujo el mejoramiento continuo de la calidad de los datos para ayudar a incorporar y mejorar el paquete del PRIME integrado en los establecimientos de atención primaria de la salud en tres distritos. La mejora continua de la calidad insta a los proveedores de atención de salud a formular reiteradamente las preguntas "¿Cómo lo estamos haciendo?" y "¿Podemos hacerlo mejor?". El equipo del PRIME empezó la mejora de la calidad en un distrito, a saber, Amajuba, KwaZulu-Natal, mediante tres pasos: establecer estructuras de gobernanza de seguimiento y evaluación, elaborar una estrategia de seguimiento y evaluación, y proporcionar mentoría y apoyo.

**Paso 1. Establecer estructuras de gobernanza de seguimiento y evaluación.** Como un elemento clave para la mejora continua de la calidad consiste en ofrecer incentivos, el equipo celebró reuniones consultivas con el personal de primera línea y los directivos en el Departamento de Salud, donde se llegó a un acuerdo para establecer una estructura de gobernanza que comprendía los equipos de mejora de la calidad a nivel provincial, distrital y de los establecimientos, con lo cual se alcanzó un mejor conocimiento del contexto y los retos para ampliar la atención de trastornos MNS. Una vez que el equipo de los establecimientos hubo identificado las brechas y las áreas que se debían mejorar, el equipo distrital formuló orientación sobre las operaciones y el equipo provincial aconsejó sobre enmiendas a los presupuestos y las políticas. De ese modo, se usó el enfoque de mejora continua de la calidad para guiar el mejoramiento de las actividades relacionadas con la cascada de atención integrada de salud mental.

**Paso 2. Elaborar una estrategia de seguimiento y evaluación.** En colaboración con el equipo provincial de mejora de la calidad, se identificaron varios indicadores mínimos o esenciales para que los establecimientos le dieran seguimiento a fin de vigilar el progreso hacia las metas e informar sobre la mejora continua de la calidad. Los indicadores incluyeron el tamizaje, la evaluación, el tratamiento y el seguimiento de las personas con trastornos MNS. Luego se usaron gráficos para determinar la situación de los establecimientos y compararla con las metas. Se identificaron los establecimientos con un funcionamiento muy bueno para aprender y compartir "qué funciona bien" y se identificaron los establecimientos con mal funcionamiento para prestarles apoyo.

**Paso 3. Proporcionar mentoría de alta calidad y apoyo.** Se capacitó a un mentor distrital en la mejora continua de la calidad, y los equipos de los establecimientos distritales fueron asesorados a fin de que esas aptitudes se arraigaran en el Departamento de Salud para lograr el seguimiento y la mejora de la calidad sostenibles. Se repitieron las pruebas para detectar cambios hasta que se pudieron encontrar soluciones sólidas que generaran la mejora.

Estos tres pasos permitieron llegar a un sistema en funcionamiento para medir la eficacia del seguimiento y la evaluación.

# 5. INTEGRAR EL MHGAP EN EMERGENCIAS HUMANITARIAS Y POBLACIONES DE RIESGO

En todo el mundo, los países están afrontando retos de conflictos, desastres naturales, aumentos constantes de la prevalencia de ENT crónicas, amenazas continuas de infección por el VIH/sida y otras infecciones, llamados a abordar los determinantes sociales de la salud y avanzar hacia la cobertura universal de salud. La salud y las consecuencias sociales de los trastornos MNS también se reconocen cada vez más como serias amenazas para la salud y el desarrollo.

La prestación de servicios de salud mental debe ser integrada en una amplia gama de contextos y poblaciones, como las emergencias humanitarias, la atención de la salud maternoinfantil, programas contra la infección por el VIH/sida, las ENT crónicas y la atención de los ancianos. Las personas de las poblaciones afectadas corren un mayor riesgo de sufrir trastornos MNS o de que empeore su salud mental.

El reconocimiento del riesgo puede inspirar posibles estrategias para la prevención y el tratamiento. Las estrategias del sistema de salud para organizar y prestar atención integrada en esos entornos y poblaciones pueden incluir la prevención de trastornos MNS, mejorar el acceso a la atención y a intervenciones de menor costo que el tratamiento usual en entornos de atención especializada, que a menudo no está disponible y no es accesible o asequible.

La versión 2.0 de la GI-mhGAP brinda orientación para el diagnóstico, el tratamiento y el manejo de trastornos MNS en poblaciones especiales, como mujeres embarazadas o que están amamantando, ancianos y personas con enfermedades cardiovasculares. En esta sección del manual se ofrece orientación para el equipo operativo del mhGAP sobre la integración del mhGAP para promover el tratamiento y la atención accesibles.

**Tenga en mente los principios transversales cuando se prepara al sistema de salud para el desarrollo del mhGAP.**



### ■ Prioridad de la implementación del mhGAP en entornos humanitarios

Las personas con trastornos MNS pueden ser extremadamente vulnerables durante las emergencias humanitarias. La atención básica de salud quizá resulte trastocada en una emergencia extrema, pueden ser escasos los medicamentos apropiados y los recursos humanos tal vez sean inaccesibles o estén sobrecargados de trabajo. Las personas con trastornos MNS graves a menudo sufren un considerable descuido y a veces reciben un tratamiento inadecuado durante las emergencias. Las instituciones para las personas con trastornos MNS pueden estar descuidadas o convertirse en el objeto de la violencia, lo cual incrementa su vulnerabilidad.

Las tasas de casos de trastornos MNS aumentan durante las crisis y después de ellas. Los estudios epidemiológicos indican que las tasas de trastornos MNS se elevan considerablemente durante las emergencias humanitarias y después de las emergencias. Si bien muchas personas se recuperan de manera natural y sin tratamiento, las tasas de prevalencia a largo plazo de una amplia gama de trastornos siguen siendo elevadas. La OMS ha calculado que a los 12 meses la prevalencia de trastornos graves (por ejemplo, psicosis, depresión grave, trastorno de ansiedad grave y discapacitante) en poblaciones adultas aumenta de entre 2% y 3% antes de una emergencia a entre 3% y 4% después de la emergencia, y la prevalencia de trastornos mentales leves o moderados (por ejemplo, la depresión y los trastornos de ansiedad leves o moderados, incluido el trastorno de estrés postraumático) se eleva de 10% a entre 15% y 20%. (61). Los aumentos en las tasas incrementan la demanda de servicios y programas. Los servicios más eficaces para trastornos MNS son integrales y abordan un espectro amplio de problemas, incluida la atención para las personas con trastornos MNS graves.

Existen intervenciones basadas en la evidencia y de menor costo para controlar los trastornos MNS durante las crisis humanitarias. Se han diseñado intervenciones para aumentar la disponibilidad de la atención de trastornos MNS en las emergencias. El mhGAP ha sido implementado en muchas emergencias humanitarias y ha cumplido una función esencial en el incremento del manejo de trastornos MNS durante las crisis y después de ellas.

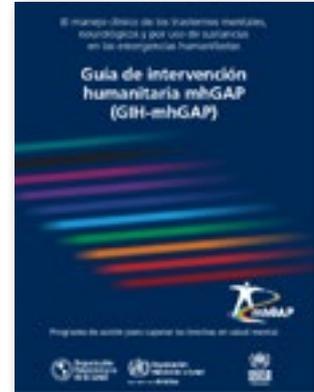
Existe un claro consenso internacional e interinstitucional acerca del tratamiento de trastornos MNS durante las emergencias humanitarias. En el año 2007, un grupo de estudio de 27 organismos humanitarios, incluidas organizaciones de las Naciones Unidas, ONG internacionales y la Federación Internacional de Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja, publicó directrices sobre la salud mental y el apoyo psicosocial en entornos de emergencia, que incluyen la recomendación de tratar a las personas con trastornos MNS graves en servicios de atención no especializada (60). Estas directrices son aceptadas y utilizadas ampliamente. Otras normas para la atención de trastornos MNS basadas en el consenso incluyen las normas del proyecto Esfera (62).

Si no son tratados, los trastornos MNS afectan negativamente a la salud física, las estructuras sociales, la economía, los derechos humanos y la recuperación general. La salud mental y el bienestar psicosocial se relacionan intrínsecamente con la salud física, el funcionamiento social y comunitario, la productividad económica y los derechos humanos. Si no son tratados, los trastornos MNS pueden afectar enormemente la recuperación general después de las emergencias.

Las crisis pueden constituir una oportunidad. No solo la necesidad sino también el interés político en los recursos de salud mental pueden aumentar durante las emergencias humanitarias. Esto puede proporcionar un impulso para abordar y promover el tratamiento y el manejo sostenible de los trastornos MNS en las comunidades afectadas por emergencias (61).

## ■ La Guía de intervención humanitaria mhGAP

La Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP) (63) es una adaptación de la Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias, que formula recomendaciones para el tratamiento de primera línea de trastornos MNS por proveedores de atención de salud no especializada en las emergencias humanitarias, cuando es limitado el acceso a los especialistas y al tratamiento. Es una herramienta práctica para los establecimientos generales de salud en las zonas afectadas por las emergencias, que permite evaluar y controlar el estrés agudo, el duelo, la depresión, el trastorno de estrés postraumático, la psicosis, la epilepsia, la discapacidad intelectual, el consumo de sustancias nocivas y el riesgo de suicidio. Es compatible con otros materiales del mhGAP y puede servir de introducción a la implementación del mhGAP en los sistemas generales de salud.



## ■ Coordinación de la implementación del mhGAP en emergencias humanitarias

### Planificar

- Asegúrese que el equipo operativo del mhGAP tenga representantes en los mecanismos pertinentes de coordinación (vea sección 2.4). Considere la posibilidad de formar ese equipo operativo si no existe.
- Forme un equipo responsable de supervisar la integración de la atención de trastornos MNS en la atención de salud en el distrito afectado por la emergencia, en coordinación con el grupo.
- Evalúe rápidamente las necesidades y los recursos en las fases iniciales de la emergencia y realice una evaluación más amplia posteriormente (64).
- Prepare un plan para diseñar y coordinar un conjunto mínimo de actividades encaminadas a la integración de la atención de los trastornos MNS.
- Trabaje con los encargados de adoptar las decisiones para garantizar un suministro constante de medicamentos esenciales, que, como mínimo, deben incluir los cinco medicamentos psicotrópicos indicados en el Botiquín Médico



### Consejos prácticos

- El suministro de medicamentos psicotrópicos puede ser interrumpido durante las emergencias humanitarias. Cuando adquiera medicamentos, tenga en cuenta las necesidades continuas de las personas que estaban recibiendo atención para trastornos MNS antes de la crisis.
- El equipo operativo del mhGAP también debe tener en cuenta la seguridad, las necesidades físicas básicas (agua, alimentos, albergue, saneamiento y atención médica) y los derechos humanos. Se debe disponer de servicios psicosociales y de salud mental básicos y para personas con trastornos MNS graves que viven en hospitales y hogares residenciales durante toda la crisis y especialmente a principios de ella, cuando son extremadamente altos los riesgos de descuido o abuso graves de personas internadas en instituciones.

Interinstitucional de Emergencia (65).

## Preparar

- Fortalezca la capacidad del personal de atención de salud no especializada para evaluar, diagnosticar y manejar los trastornos MNS.
- Oriente a todo el personal en relación con la primera ayuda psicológica (incluyendo a quienes no recibieron la capacitación en la evaluación y el tratamiento de trastornos MNS).
- Organice la supervisión clínica y la actualización de conocimientos como un proceso constante.
- Establezca un espacio privado para evaluar y tratar a personas con trastornos MNS y preservar la confidencialidad.
- Establezca la coordinación con los grupos que rutinariamente trabajan en emergencias y los sectores pertinentes, por ejemplo, de protección, educación, gestión de campamentos y nutrición. (No trabaje aislado). Recopile información sobre quién está haciendo qué cosa, dónde y cuándo, en el grupo intersectorial de salud mental y el grupo de apoyo psicosocial (66).

## Proveer

- Identifique, trate y brinde atención a las personas con trastornos MNS en el sistema de salud general. Asegúrese de que al menos un miembro del personal esté presente en todo momento o en determinados momentos establecidos (por ejemplo, un día por semana) en el centro de atención de salud en el cual el personal ha sido capacitado en el manejo de trastornos MNS.
- Incluya procesos de referencia y el seguimiento apropiado en el manejo de trastornos MNS.
- Aborde a quienes responden a las emergencias (por ejemplo, gerentes de campamentos, personal de atención humanitaria de salud) y a líderes comunitarios para que tomen mayor conciencia acerca de la necesidad y la disponibilidad de atención para trastornos MNS (sección 3.4).
- Use diversos canales de información, por ejemplo, la radiodifusión, carteles en dispensarios, trabajadores de la comunidad y otro personal que pueda informar a la población en general.
- Cuando sea apropiado, considere la posibilidad de analizar los mensajes con curanderos locales y curanderos indígenas que pudieran estar dispensando atención a personas con trastornos MNS y que estén dispuestos a colaborar y referir ciertos casos. (Para orientación, vea la Lista de Acciones 6.4)(60).

## Marco para el seguimiento y la evaluación

- Asegúrese de que la información sobre la salud mental y el apoyo psicosocial se recopile sistemáticamente y sea comunicada a los grupos pertinentes, por ejemplo, los sectores de salud, protección y educación.
- Reúna un conjunto mínimo de datos en los establecimientos de salud con personal capacitado y servicios de atención para trastornos MNS.



## mhGAP Indicadores de la implementación

- Porcentaje de la población afectada por la emergencia humanitaria que recibe atención para trastornos MNS en servicios de salud distritales (desglosado por edad, por sexo y por trastorno)
- Número de establecimientos de salud, servicios sociales y programas comunitarios con personal para identificar y apoyar a las personas con trastornos MNS.

**Medios de verificación:** Registros de utilización de los servicios en el distrito.



### Una respuesta coordinada a las necesidades de salud mental después de un desastre natural en Filipinas

Después del tifón Haiyan, que azotó las Filipinas en el 2013, la OMS, en colaboración con el Gobierno de Filipinas y algunas ONG, tomó medidas para mejorar el acceso a la atención de salud mental en las regiones afectadas. La región Visayas Orientales, con una población de 4.3 millones de habitantes, contaba solo con cuatro psiquiatras y siete médicos generales que proporcionaban atención de salud mental. Después del tifón Haiyan, se la seleccionó como región modelo para la integración de la atención de salud mental en la atención primaria y secundaria mediante el mhGAP.

La OMS adoptó un modelo de atención de trastornos MNS basado en la comunidad y en compartir las tareas, con capacitación y supervisión por especialistas en salud mental, en lugar de prestar directamente servicios clínicos. La OMS también brindó apoyo a la capacitación de un equipo de proveedores de atención de salud no especializada en salud mental y apoyo psicosocial dentro de los establecimientos sanitarios existentes o en vinculación con ellos.

Más de 1.020 trabajadores de la comunidad fueron capacitados en atención y apoyo psicosocial y 290 proveedores de atención de salud no especializada recibieron capacitación en la evaluación y el tratamiento de trastornos de salud mental, que incluyó la supervisión en el empleo. Para fines de marzo del 2015, 155 de 159 (97,5%) unidades de atención primaria de salud, 21 de 24 hospitales de distrito (87,5%) y los ocho hospitales provinciales tenían un médico y una enfermera capacitados en evaluar y tratar trastornos de salud mental. Las sesiones supervisadas beneficiaron a entre 50 y 200 personas con trastornos MNS en cada sitio. El centro médico regional agregó una unidad de 10 camas para las personas con trastornos MNS graves; en todos los hospitales provinciales se contó con capacidad para admitir de dos a cuatro pacientes para recibir atención psiquiátrica aguda y se estableció una mayor capacidad en al menos seis hospitales distritales. Se mejoraron los servicios para incluir la disponibilidad y la prescripción de medicamentos psicotrópicos y se instauró un sistema funcional de referencia entre los niveles de la atención de trastornos MNS. Este ejemplo indica que las emergencias, a pesar de su trágica naturaleza y sus efectos adversos sobre la salud mental, son oportunidades inigualables de establecer mejores sistemas de atención de salud mental para todas las personas que la necesitan. Este ejemplo también sugiere que se puede usar el mhGAP para fortalecer un sistema de atención de salud mental en su conjunto y a escala.

## 5.2

## Atención de salud maternoinfantil

El mhGAP tiene en cuenta las necesidades de salud mental en todas las etapas de la vida, como la lactancia, la niñez, la adolescencia, la edad adulta y la vejez. El objetivo de la Estrategia Mundial para la Salud de la Mujer, el Niño y el Adolescente (2016–2030) (67) es el grado máximo de salud y bienestar – físico, mental y social – que se pueda lograr en cada edad. La salud de una persona en cada etapa de la vida afecta a la salud en otras etapas y también tiene efectos cumulativos sobre la próxima generación. La atención de salud maternoinfantil puede ser un punto de acceso para la acción temprana encaminada a atender las necesidades de salud mental de las mujeres, los niños y los adolescentes, que soportan una carga elevada de trastornos MNS.

El embarazo y el nacimiento pueden afectar a la salud mental y el bienestar de muchas madres. La depresión perinatal se diagnostica en lo cual puede complicar las tareas de atención a sus hijos e hijas. Se diagnostica depresión perinatal en 1 de cada 10 mujeres en los países de ingresos altos y en 1 de cada 5 mujeres en países de ingresos bajos y medianos. Sin tratamiento, la depresión perinatal puede afectar la salud de la madre y el desarrollo del feto y el lactante y tener repercusiones duraderas sobre el desarrollo psicológico y físico del niño.

En la versión 2.0 de la GI-mhGAP, se identifica a las mujeres en edad fértil como un grupo de población especial y se propone orientación clínica específica, basada en la evidencia, para atender sus necesidades. Las directrices indican que las intervenciones psicosociales deben ser el tratamiento de primera línea durante el embarazo y la lactancia materna (4). El programa “Pensamientos saludables” está basado en la evidencia y dirigido a los trabajadores de salud de la comunidad para reducir la depresión perinatal (44). Esas intervenciones podrían ser integradas en los servicios regulares de salud maternoinfantil capacitando a proveedores de atención de salud no especializada. La integración de la atención de los trastornos MNS en los servicios regulares de atención de salud prenatal y posnatal permitirá superar la escasez de recursos humanos y cerrar la brecha de tratamiento de los trastornos MNS perinatales.

En todo el mundo, entre 10% y 20% de los niños y adolescentes sufren trastornos MNS. La mitad de todos los problemas de salud mental comienzan antes de los 14 años y tres cuartas partes de esos trastornos ya están presentes en alrededor de los 25 años. Los niños y los adolescentes con trastornos mentales y del desarrollo presentan una susceptibilidad especial a recibir una atención de salud que dista de ser óptima debido a la mayor probabilidad de que tengan hábitos insalubres o comportamientos peligrosos, al descuido y al escaso acceso a la atención de salud. Las afecciones físicas pueden contribuir o asemejarse a los trastornos mentales y del desarrollo o agravarlos en los niños y los adolescentes. El mhGAP incluye un enfoque de familia, orientado a promover el bienestar y el funcionamiento de niños y adolescentes (por ejemplo, mediante hábitos alimentarios y de sueño y ejercicio físico) y asesoramiento sobre la crianza para los cuidadores. El mhGAP destaca la importancia de intervenir en el hogar, en la escuela y en otros entornos sociales para abordar factores psicosociales estresantes y activar el apoyo.

## ■ Integración del mhGAP en servicios de salud maternoinfantil por el equipo operativo del mhGAP

### Planear

Defina un punto focal en el equipo operativo del mhGAP para la coordinación con aliados de los servicios de salud maternoinfantil y los responsables de la formulación de políticas para abogar por la inclusión del mhGAP como parte de programas integrales de salud maternoinfantil.

Use la herramienta de análisis de la situación (sección 1.2) para identificar los servicios existentes y las necesidades de capacitación de los proveedores para que los servicios puedan abordar la salud mental de la madre, el niño y el adolescente.

### Preparar

Adapte los materiales del mhGAP para su uso en programas de salud maternoinfantil (sección 2.1). Por ejemplo, adapte al contexto local la versión 2.0 de la GI-mhGAP, la capacitación en habilidades de los cuidadores señaladas en el programa “Pensamientos saludables” para las familias de los niños con retrasos y trastornos del desarrollo<sup>1</sup> Un componente clave de la adaptación es determinar cómo los trabajadores de salud maternoinfantil pueden integrar prácticamente los componentes del mhGAP en sus actividades ordinarias en los establecimientos de salud.

Integre la capacitación y la supervisión sobre las herramientas del mhGAP en la educación previa al servicio y durante el servicio para los trabajadores de salud general y los trabajadores de salud maternoinfantil (secciones 2.2, 2.3).

- Mejore el reconocimiento de la depresión perinatal y la angustia psicológica por los trabajadores de salud maternoinfantil. Mejore la capacidad de estos trabajadores para proporcionar psicoeducación, asesoramiento sobre la crianza y apoyo a niños y adolescentes con trastornos mentales y del desarrollo y sus familias (incluyendo la referencia apropiada a los servicios disponibles) y promueva su participación en actividades de la comunidad.

Fortalezca las vías de atención entre los servicios especializados para trastornos MNS y los programas de salud maternoinfantil a fin de mejorar la calidad de la atención prestada a las mujeres y los niños (sección 2.4). Esto incluye consultas con especialistas en la atención de trastornos MNS y referencias bidireccionales basadas en una orientación clara.

### Proveer

Proporcione servicios en los establecimientos teniendo en cuenta las cuestiones de género y la adecuación a la edad. La confidencialidad y la comunicación adecuada para la edad son particularmente importantes cuando se trata de pacientes adolescentes (sección 3.1).



### Consejos prácticos

- Integre la atención de trastornos MNS en las actividades de los trabajadores de la comunidad y de salud maternoinfantil, como las relacionadas con la nutrición del lactante y el desarrollo del niño en la primera infancia, para que puedan abordar a las madres con trastornos MNS a fin de empoderarlas y prestarles apoyo y ayuda práctica y desarrollar sus aptitudes de cuidadoras.
- Coordine con los planificadores, los directivos y los trabajadores el enlace con los maestros o profesores y el personal escolar y proporcione orientación sobre los trastornos del desarrollo, el bienestar del niño y el adolescente y los vínculos con los recursos de la comunidad.

<sup>1</sup> Previa solicitud, se puede obtener para las familias de los niños con retrasos y trastornos del desarrollo el programa de la OMS de capacitación en habilidades para cuidadores (de [http://www.who.int/mental\\_health/maternal-child/PST/en/](http://www.who.int/mental_health/maternal-child/PST/en/)).

Promueva la conciencia de los trabajadores de salud y los trabajadores de la comunidad asociados con los programas de salud maternoinfantil acerca de la finalidad y la importancia de la atención de los trastornos MNS, los servicios disponibles en el centro de salud y la ubicación y las horas de atención del centro (sección 3.3).

Implemente intervenciones para prevenir trastornos MNS y promover la salud mental y el bienestar como parte de los servicios de salud maternoinfantil (sección 3.4). Esas intervenciones pueden incluir el seguimiento temprano del desarrollo del crecimiento por las madres, asesoramiento a las enfermeras para prevenir el desarrollo intelectual deficiente de lactantes de bajo peso al nacer, visitas de trabajadores de salud de la comunidad para evitar el cuidado inadecuado de los lactantes y la depresión perinatal, y la identificación y atención tempranas de adolescentes con depresión por los educadores.

## Marco para el seguimiento y la evaluación

Asegúrese que se incluyeron indicadores de la implementación del mhGAP en la recopilación sistemática, el análisis y el uso de datos de los programas de salud maternoinfantil. Asegúrese que los indicadores de implementación del mhGAP recopilados, analizados y usados en los establecimientos distritales de atención de salud no especializada se desglosen por sexo y por edad para determinar las necesidades de salud mental de las mujeres, los niños y los adolescentes.



### mhGAP Indicadores de la implementación

**Indicador:** Número de mujeres, niños y adolescentes con trastornos MNS identificados y tratados en servicios de salud maternoinfantil.

**Medios de verificación:** Registros de los trabajadores de salud de la comunidad, bases de datos de los establecimientos, planes y registros de los servicios y programas de salud maternoinfantil dentro de la atención de salud y la asistencia social.



### Desarrollo y ampliación de una intervención de salud mental materna en Pakistán

La alta prevalencia de la depresión perinatal y su asociación con la discapacidad, el desarrollo deficiente del lactante y la perturbación de la familia hacen que se convierta en un importante problema de salud pública en países de ingresos bajos y medianos como Pakistán. Muchas mujeres y sus familias no consideran que la depresión sea un problema que requiera intervenciones y la estigmatización a menudo impide a las mujeres buscar ayuda. Un programa para el desarrollo óptimo del lactante en Pakistán involucró a todos los miembros clave de la familia y permitió a las madres y sus familias tener acceso a intervenciones y apoyo. Como el personal femenino que proporciona atención de salud a las madres en la comunidad ya estaba sobrecargado de trabajo, la capacitación en intervenciones de salud mental tuvo que ser integrada en la capacitación existente de tal modo que se la percibiera no como una carga extra sino como una manera de facilitar el trabajo del personal. En los establecimientos de atención de salud, las intervenciones se basaban mucho en la administración de medicamentos, desatendiendo la recomendación de no administrar antidepresivos como tratamiento de primera línea para la depresión en las mujeres embarazadas y que amamantan. Este modelo tenía que ser cambiado a un modelo no farmacológico de intervención basado en la comunidad, integrado en el sistema sanitario en los establecimientos de atención primaria de salud.

El programa "Pensamientos saludables", basado en la recomendación del mhGAP de que se deben usar intervenciones psicosociales como tratamiento de primera línea de la depresión durante el embarazo y la lactancia materna, fue adaptado conjuntamente por una ONG (la Fundación para la Investigación sobre el Desarrollo Humano),

una institución académica (la Universidad de Liverpool) y un asociado para la implementación local (el Programa de Personal Femenino de Salud). Se adaptó a la cultura y al contexto locales una intervención psicosocial para tratar la depresión en el período perinatal mediante su implementación en las zonas de escaso desarrollo socioeconómico de Pakistán, con el fin de reducir la depresión perinatal, mejorar los resultados en materia de salud de los niños y alentar a las madres a buscar y practicar actividades que fomenten la salud. El personal femenino de salud de los pueblos fue capacitado en técnicas sencillas de terapia cognitiva conductual (TCC). Una sólida evaluación científica demostró la eficacia del programa "Pensamientos saludables" al reducir la depresión y mejorar los resultados en los niños (44, 45).

## 5.3 Integración del mhGAP en la atención de enfermedades crónicas

Los trastornos MNS se asocian frecuentemente con otros trastornos crónicos, tanto con ENT, como la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, como con enfermedades transmisibles, como la tuberculosis, la infección por el VIH/sida y enfermedades tropicales desatendidas como la lepra y la filariasis. Todos estos trastornos comparten muchas causas subyacentes (por ejemplo, una combinación de factores genéticos y biológicos, factores psicosociales y conductuales, factores sociales y ambientales) y consecuencias (por ejemplo, la persistencia en el transcurso del tiempo y la discapacidad significativa, que pueden limitar las oportunidades socioeconómicas y la integración en la comunidad).

Los trastornos MNS y otros trastornos crónicos son también interdependientes y tienden a producirse simultáneamente. Por ejemplo, hay evidencia de que la depresión predispone a los individuos a sufrir enfermedades cardiovasculares y de que las enfermedades cardiovasculares aumentan las probabilidades de padecer depresión (68). Por consiguiente, se tratan mejor con enfoques integrados. Los principales factores modificables de riesgo de ENT, como la inactividad física, una alimentación poco saludable, el consumo de tabaco y el consumo nocivo de alcohol, son exacerbados por la mala salud mental.

La tasa de mortalidad de las personas con trastornos MNS graves, incluyendo la depresión (de moderada y grave), el trastorno bipolar y la psicosis, es dos a tres veces más elevada que la observada en la población general, y produce una reducción de 10 a 20 años en la esperanza de vida (69). Se han indicado numerosas causas de este aumento de la mortalidad, como la conocida relación bidireccional entre los trastornos mentales y otras ENT, señalada anteriormente; la exposición diferencial a factores de riesgo; efectos iatrogénicos de los medicamentos para trastornos MNS; el mayor riesgo de contraer enfermedades transmisibles; y el acceso desigual a los servicios de atención de salud. Además, es menos probable que las personas con trastornos MNS busquen ayuda para tratar ENT y sus síntomas pueden comprometer la observancia del régimen terapéutico y el pronóstico. Otras causas de muerte en personas con trastornos MNS incluyen el suicidio, el homicidio y los accidentes (recuadro 4).

La atención a las personas con trastornos MNS y enfermedades crónicas se debe proporcionar mediante un enfoque integrado y centrado en la persona, incorporada en los diversos niveles, desde el tamizaje y la detección temprana de los trastornos físicos a la orientación sobre los factores conductuales de riesgo, incluyendo la evaluación y la gestión del riesgo de sufrir enfermedades cardiovasculares y el tratamiento de trastornos de salud física y mental establecidos. Las intervenciones psicosociales para promover la observancia del régimen terapéutico son particularmente importantes para la salud física de las personas con trastornos

#### Recuadro 4. Mortalidad excesiva asociada con trastornos MNS

Es más probable que las personas con trastornos MNS graves como psicosis, trastorno bipolar y depresión de moderada a grave mueran de 10 a 20 años antes que la población general, en parte debido al suicidio, pero también por enfermedades físicas prevenibles como las enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciosas (69).

El mhGAP, que proporciona intervenciones implementadas a nivel individual, del sistema de salud y de la sociedad, puede mejorar la salud y prolongar las vidas de las personas con trastornos MNS graves. Las intervenciones individuales incluyen la prevención de la autolesión y el suicidio (por ejemplo, mediante la reducción del acceso a los medios) y la orientación para la modificación de los comportamientos (por ejemplo, el consumo de tabaco). La versión 2.0 de la GI-mhGAP incorpora el tamizaje para detectar trastornos físicos de salud, la coordinación entre la atención de salud mental prestada por proveedores de atención de salud no especializada y el tratamiento médico en servicios de salud mental. Las intervenciones a nivel social, incluidos los programas para reducir la estigmatización, pueden mejorar las actitudes hacia las personas con trastornos MNS graves y, por lo tanto, mejorar su comportamiento de búsqueda de ayuda y reducir la discriminación.

Las estrategias fundadas en la evidencia que se mencionan a continuación podrían ser usadas por los directores distritales de salud para reducir la mortalidad excesiva en las personas con trastornos MNS graves.

##### **Aumentar la capacitación de los proveedores de atención de salud:**

- Incluya áreas clave de la atención de salud física en los programas de capacitación en salud mental para especialistas y no especialistas (por ejemplo, la reanimación y la gestión de enfermedades crónicas).
- Asegúrese que los proveedores de atención sanitaria especialistas y no especialista tengan los conocimientos y las aptitudes requeridos para detectar y controlar las enfermedades mentales en las personas que solicitan atención de salud física.
- Esté consciente de que los factores culturales pueden influir en la presentación de síntomas físicos y mentales.

##### **Ofrecer atención de salud física a las personas con trastornos MNS graves en establecimientos de hospitalización:**

- Asegúrese de que las personas con trastornos MNS graves tengan acceso a la atención de salud física (incluyendo el reconocimiento temprano de síntomas físicos o enfermedad física, el diagnóstico oportuno y el tratamiento) en servicios psiquiátricos de hospitalización, especialmente los de atención a largo plazo que no están ubicados en hospitales generales. En los servicios en los hospitales generales, fortalezca los mecanismos de enlace y referencia con especialistas para una respuesta inmediata a las necesidades de salud física.

##### **Prestar atención de salud integrada y comprensiva a las personas con trastornos MNS graves:**

- Proporcione sistemáticamente la atención fuera de los hospitales psiquiátricos de estadía prolongada, en entornos de salud no especializados. Aumente la cobertura de intervenciones basadas en la evidencia para trastornos MNS graves y use una red de servicios comunitarios de salud mental, que incluya la atención de pacientes hospitalizados por un período breve y la asistencia ambulatoria en hospitales generales, centros integrales de salud mental y guarderías infantiles.

##### **Usar mecanismos de mejora continua de la calidad en los servicios de salud mental:**

- Vigile y evalúe la puesta en práctica de los programas para reducir la mortalidad excesiva en personas con trastornos MNS graves.
- Integre y coordine la atención y el apoyo holísticos para satisfacer las necesidades tanto mentales como físicas de atención de salud y facilite la recuperación de las personas de todas las edades con trastornos MNS graves.
- Supervise a los proveedores de atención de salud que prestan servicios de salud mental.

##### **Incrementar la toma de conciencia sobre la estigmatización y la discriminación, que restringen el acceso a la atención de salud a las personas con trastornos MNS graves, y abordar esos problemas:**

- Difunda información acerca de la salud mental y mejore las actitudes del personal hacia las personas con trastornos MNS.
- Involúcrese constructivamente con los medios de difusión para conseguir que representen de manera no estigmatizante a las personas con trastornos MNS graves.

Un enfoque integrado que cubra todas las necesidades de salud de una persona es un medio factible y eficiente de prevenir y controlar los trastornos MNS y otras enfermedades crónicas. Los modelos de atención integrada incluyen:

- el modelo de atención a enfermedades crónicas, con un enfoque integrado, centrado en la persona y de atención compartida, basado en seis formas de mejorar la atención: los recursos de la comunidad, el sistema de atención de salud, la autogestión por los pacientes, el apoyo a la toma de decisiones, el rediseño del sistema de prestación de servicios y los sistemas de información clínica (70); y
- el marco para la atención innovadora de las afecciones crónicas (71), que se basa en el modelo anterior, pero pone mayor énfasis en las funciones de la comunidad y los cambios en el sistema. Las ocho medidas que pueden adoptar los encargados de tomar las decisiones son:
  - apoyar los cambios en el sistema,
  - promover la atención integrada de salud,
  - alinear las políticas sectoriales para la salud,
  - emplear más eficientemente a los miembros del personal de atención de salud,
  - centrar la atención en las personas y las familias,
  - apoyar a las personas con trastornos MNS en sus comunidades, y
  - hacer hincapié en la prevención.

## ■ Integración de la atención para trastornos MNS en los programas existentes para enfermedades crónicas

### Planear

Identifique un punto focal en el equipo operativo del mhGAP para trabajar con los directores de programas contra enfermedades crónicas con el fin de abogar por la inclusión del mhGAP como un componente genérico de esos programas.

Cuando los directores distritales de salud están revisando los planes y presupuestos para las enfermedades transmisibles y las ENT, asegúrese de que no se deje atrás a las personas con trastornos MNS graves (sección 1.3).

### Preparar

Adapte las herramientas del mhGAP para su uso en los programas existentes contra las enfermedades crónicas (sección 2.1). Por ejemplo, los directores de programas pueden seleccionar ciertos módulos de la versión 2.0 de la GI-mhGAP para la capacitación y las relacionadas con trastornos MNS que sean particularmente pertinentes para las enfermedades crónicas (por ejemplo, la elevada comorbilidad entre la infección por el VIH/sida y la depresión, con la demencia como una posible complicación).



### Consejos prácticos

- Considere la posibilidad de integrar la atención de los trastornos MNS en los programas para enfermedades crónicas que representen una carga alta y ocurran simultáneamente con otras enfermedades (por ejemplo, la infección por el VIH/sida, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes).
- Cuando el presupuesto para la salud mental es reducido, la integración de la atención de los trastornos MNS en los programas para enfermedades crónicas puede ser eficaz en función de los costos y mejorar la salud tanto física como mental. Por ejemplo, abordar la salud mental de las personas infectadas por el VIH o aquejadas de SIDA mejora su observancia de la medicación antirretroviral (72).
- La atención integrada no solo es atención que ha sido trasladada a otro sitio. Requiere recursos y se proporciona en organismos de atención de salud, en la comunidad y en la política. Esto exige la coordinación y el fortalecimiento de los vínculos entre la salud y los servicios sociales para incluir los determinantes sociales.
- Los proveedores de atención sanitaria deben ser capacitados adecuadamente y apoyados mediante la supervisión continua para proporcionar y mantener un sistema integrado de atención.

Fortalezca las vías de atención entre servicios especializados para trastornos MNS y programas para enfermedades crónicas a fin de mejorar la calidad de la atención prestada y el acceso equitativo. Esto incluye consultas por especialistas en la atención para trastornos MNS, así como referencias bidireccionales (sección 2.4).

## Proveer

Se necesita un enfoque de múltiples niveles a fin de proporcionar servicios integrados para trastornos MNS y para enfermedades crónicas mediante intervenciones individuales, el fortalecimiento del sistema de salud y la concentración en determinantes sociales de la salud más amplios, incluyendo el apoyo social y la reducción de la estigmatización.

Proporcione servicios en establecimientos que estén coordinados y ofrezcan atención de salud tanto física como mental (sección 3.1).

Se puede capacitar a los trabajadores comunitarios involucrados en la concientización acerca de la reducción de la hipertensión y la diabetes para el suministro de información sobre los trastornos MNS y el suicidio (2).

Aumente la conciencia del personal de salud y los trabajadores comunitarios en programas contra enfermedades crónicas sobre la finalidad y la importancia de la atención de los trastornos MNS y dónde se puede acceder a los servicios.

Vincule a las personas con trastornos MNS y sus cuidadores con las campañas de concientización sobre las ENT.

## Marco para el seguimiento y la evaluación

- Asegúrese que los indicadores de la implementación del mhGAP sean incorporados en la recopilación sistemática de datos, el análisis y el uso de los datos en los programas contra enfermedades crónicas e incluya la evaluación y el manejo de enfermedades crónicas en las consultas y el registro de trastornos MNS.



## mhGAP Indicadores de la implementación

**Indicador:** Porcentaje de personas tratadas por una enfermedad crónica que recibió atención para trastornos MNS.

**Medios de verificación:** Registros de programas contra enfermedades crónicas, sistemas de información de salud y registros de utilización de los servicios.



## El proyecto del “banco de la amistad” en Zimbabwe para la atención de trastornos MNS en personas que viven con VIH/sida

Zimbabwe fue uno de los países más duramente golpeados por la pandemia mundial de infección por el VIH/sida. La enfermedad crónica y la falta de servicios de salud mental o el acceso limitado a esos servicios contribuyeron a aumentar la carga de enfermedades mentales en el país. Los limitados recursos del Gobierno asignados a la salud mental se usaron casi totalmente para prestar asistencia en hospitales terciarios a las personas con trastornos MNS graves, como la esquizofrenia, mientras que no recibieron atención las personas con trastornos mentales frecuentes en las comunidades. Las personas con infección por el VIH, que corren un riesgo especialmente alto de sufrir trastornos MNS comunes como la depresión, recibieron solo una sesión de terapia grupal antes de comenzar el tratamiento y otra después de haberlo iniciado.

En Zimbabwe, un país de escasos recursos, se llevó a cabo una ampliación de las iniciativas de tratamiento de la infección por el VIH/sida. Dadas las pruebas fehacientes de las conexiones entre la salud mental y las enfermedades crónicas, esta ampliación brindó una oportunidad para la integración de la atención de salud mental en servicios de salud no especializados mediante un proyecto conocido como el “banco de la amistad”, en alusión a los bancos de madera ubicados fuera de los establecimientos distritales de atención de salud. Los establecimientos cuentan con trabajadores sanitarios legos supervisados (principalmente mujeres de la comunidad), capacitados para aplicar la terapia de resolución de problemas y establecer vías de referencia a otros servicios, incluidos los que se ocupan de los medios de vida. Se incrementaron estas intervenciones por el personal de salud mediante la capacitación de las enfermeras en el uso de la GI-mhGAP para ampliar el tratamiento de los trastornos MNS (73, 74).

# REFERENCIAS

1. Estimates for 2000–2015. Geneva: World Health Organization; 2015 ([http://www.who.int/healthinfo/global\\_burden\\_disease/estimates/en/index2.html](http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/estimates/en/index2.html)).
2. Mental, neurological, and substance use disorders. Seattle (WA): Disease Control Priorities, University of Washington; 2017 (<http://dcp-3.org/mentalhealth>).
3. Lancet Global Mental Health Group, Chisholm D, Flisher AJ, Lund C, Patel V, Saxena S, Thornicroft G, Tomlinson M. Scale up services for mental disorders: a call for action. *Lancet*. 2007; 370(9594):1241–52.
4. Mental health atlas 2014. Geneva: World Health Organization; 2015.
5. Centro de datos de investigación del Programa de Acción en Salud Mental (mhGAP). Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 ([http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/evidence/es/](http://www.who.int/mental_health/mhgap/evidence/es/)).
6. Plan de acción sobre salud mental 2013–2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://www.who.int/mental\\_health/action\\_plan\\_2013/es/](http://www.who.int/mental_health/action_plan_2013/es/)).
7. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008. ([www.who.int/mental\\_health/evidence/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/evidence/mhgap_spanish.pdf?ua=1)).
8. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Version 2.0. Washington, D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2017 ([iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071](http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/34071)).
9. Keynejad R, Semrau M, Toynbee M, Evans-Lacko S, Lund C, Gureje O, et al. Building the capacity of policy-makers and planners to strengthen mental health systems in low-and middle-income countries: a systematic review. *BMC Health Serv Res* 2016;16:601.
10. Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([http://www.who.int/mental\\_health/publications/QualityRights\\_toolkit/es/](http://www.who.int/mental_health/publications/QualityRights_toolkit/es/)).
11. Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad y Protocolo Facultativo. Nueva York (NY): Naciones Unidas, Departamento de Asuntos Económicos y Sociales; 2016 (<https://www.un.org/development/desa/disabilities-es/convencion-sobre-los-derechos-de-las-personas-con-discapacidad-2.html>).
12. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Nueva York (NY): Naciones Unidas; 2015 (<https://www.un.org/sustainabledevelopment/es/objetivos-de-desarrollo-sostenible>).
13. Tracking universal health coverage: 2017 Global Monitoring Report. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y Grupo del Banco Mundial; 2017.
14. Thirteenth general programme of work, 2019–2023. Geneva: World Health Organization; 2018.
15. Plan de acción mundial para la prevención y el control de las enfermedades no transmisibles 2013-2020. Proyecto revisado y actualizado. Ginebra; Organización Mundial de la Salud; 2013 ([http://www.who.int/cardiovascular\\_diseases/15032013\\_updated\\_revised\\_draft\\_action\\_plan\\_spanish.pdf](http://www.who.int/cardiovascular_diseases/15032013_updated_revised_draft_action_plan_spanish.pdf)).
16. Saxena S, Hanna F. Dignity – a fundamental principle of mental health care. *Indian J Med Res*. 2015;142(4):355–8.
17. Saraceno B, Van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370:1164–74.
18. Organización Mundial de la Salud, War Trauma Foundation, Visión Mundial. *Primera ayuda psicológica: Guía para trabajadores de campo*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 ([apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/978924358203\\_spa.pdf?sequence=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44837/978924358203_spa.pdf?sequence=1)).
19. Instrumento de Evaluación para Sistemas de Salud Mental, version 2.1. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 ([www.who.int/mental\\_health/evidence/WHOAIMS\\_Spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/evidence/WHOAIMS_Spanish.pdf?ua=1)).
20. Hanlon C, Luitel NP, Kathree T, Murhar V, Shrivasta S, Medhin G, et al. Challenges and opportunities for implementing integrated mental health care: a district level situation analysis from five low- and middle-income countries. *PLoS One*. 2014;9:e88437.

21. Fekadu A, Hanlon C, Medhin G, Alem A, Selamu M, Giorgis TW, et al. Development of a scalable mental healthcare plan for a rural district in Ethiopia. *Br J Psychiatr.* 2016;208(Suppl 56):s4–12.
22. Jordans MJ, Luitel NP, Pokhrel P, Patel V. Development and pilot testing of a mental healthcare plan in Nepal. *Br J Psychiatr.* 2016;208(Suppl 56):s21–8.
23. Shidhaye R, Shrivastava S, Murhar V, Samudre S, Ahuja S, Ramaswamy R, et al. Development and piloting of a plan for integrating mental health in primary care in Sehore district, Madhya Pradesh, India. *Br J Psychiatr.* 2016;208(Suppl 56):s13–20.
24. Petersen I, Fairall L, Bhana A, Kathree T, Selohilwe O, Brooke-Sumner C, et al. Integrating mental health into chronic care in South Africa: the development of a district mental healthcare plan. *Br J Psychiatr.* 2016;208(Suppl 56):s29–39.
25. Kigozi FN, Kizza D, Nakku J, Ssebunnya J, Ndyabangi S, Nakiganda B, et al. Development of a district mental healthcare plan in Uganda. *Br J Psychiatr.* 2016;208(Suppl 56):s40–6.
26. Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Peterson I, Shidhaye R, et al. District mental health care plans for five low- and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. *Br J Psychiatr.* 2015;207:s1–8.
27. Chatora P, Tumusiime R. Health sector reform and district health systems. Brazzaville: Organización Mundial de la Salud, Oficina Regional para África; 2004.
28. Conjunto de guías sobre servicios y políticas de salud mental. Mejora de la calidad de la salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003.
29. Shidhaye R. SOHAM: 4Cing/foreseeing improved mental health service delivery in Madhya Pradesh, India, a legacy of PRIME project. Ciudad del Cabo: Programme for Improving Mental Health Care; 2016.
30. Shidhaye R. Scaling up mental health services; making it happen through mann-kaksh. Nueva Delhi: oneworld online; 2016.
31. mhGAP training manuals for the mhGAP intervention guide – version 2.0 (for field testing). Geneva: World Health Organization; 2017.
32. Integration of mental health into primary care using the virtual campus platform: a collaboration between Caribbean countries and Canada. Washington D.C.: Pan American Health Organization; 2013 (<https://cursos.campusvirtualsp.org/course/view.php?id=141>).
33. Toolkit for the integration of mental health into general healthcare in humanitarian settings. Washington, D.C.: International Medical Corps; 2018 (<http://www.mhinnovation.net/collaborations/IMC-Mental-Health-Integration-Toolkit>).
34. Mendenhall E, De Silva MJ, Hanlon C, Petersen I, Shidhaye R, Jordans M, et al. Acceptability and feasibility of using non-specialist health workers to deliver mental health care: stakeholder perceptions from the PRIME district sites in Ethiopia, India, Nepal, South Africa, and Uganda. *Soc Sci Med.* 2014;118:33–42.
35. Padmanathan P, DeSilva MJ. The acceptability and feasibility of task-sharing for mental healthcare in low- and middle-income countries: a systematic review. *Soc Sci Med.* 2013;97:82–6.
36. Murray LK, Dorsey S, Bolton P, Jordans MJD, Rahman A, Bass J, et al. Building capacity in mental health interventions in low re-source countries: an apprenticeship model for training local providers. *Int J Ment Health Syst.* 2011;5(30). doi:10.1186/1752-4458-5-30.
37. Borders LD. Dyadic, triadic, and group models of peer supervision/consultation: What are their components, and is there evidence of their effectiveness? *Clin Psychol.* 2012;16(2):59–71.
38. Dua T, Sharma A, Patel A, Hanna F, Chowdhary N, Saxena S. Integrated care for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: rising to the challenge. *World Psychiatry.* 2015;16:216–7.
39. Enfrentando problemas plus (EP+). Ayuda psicológica individual para adultos con problemas de angustia en comunidades expuestas a la adversidad (versión genérica de prueba de campo de la OMS 1.0). Ginebra: Organización Mundial de la salud; 2016 (<apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/259696/WHO-MSD-MER-16.2-spa.pdf?sequence=1>).
40. Rahman A, Hamdani SU, Awan NR, Bryant RA, Dawson KS, Khan MF, et al. Effect of a multicomponent behavioral intervention in adults impaired by psychological distress in a conflict-affected area of Pakistan: a randomized clinical trial. *JAMA.* 2016;316(24):2609–17.
41. Bryant RA, Schafer A, Dawson KS, Anjuri D, Mulili C, Ndogoni L, et al. Effectiveness of a brief behavioural intervention on psychological distress among women with a history of gender-based violence in urban Kenya: a randomised clinical trial. *PLoS Med.* 2017;14(8):e1002371.

42. Group interpersonal therapy (IPT) for depression (WHO generic field-trial version 1.0). Geneva: World Health Organization; New York City (NY): Columbia University; 2016.
43. Bass J, Neugebauer R, Clougherty KF, Verdelli H, Wickramaratne P, Ndogoni L, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: 6-month outcomes: randomised controlled trial. *Br J Psychiatry* 2006;188:567–73.
44. Organización Panamericana de la Salud. Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015. Washington, DC: OPS; 2016 (file:///C:/Users/fl/Documents/OPS%202019/Publ-Docs%20OPS-OMS-otros/Pensamiento%20saludable\_spa.pdf).
45. Rahman A, Malik A, Sikander S, Roberts C, Creed F. Cognitive behaviour therapy-based intervention by community health workers for mothers with depression and their infants in rural Pakistan: a cluster-randomised trial. *Lancet*. 2008;372:902–9.
46. Singla DA, Kohrt B, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. *Ann Rev Clin Psychol*. 2017;13:149–81.
47. Medición de la salud y la discapacidad: manual para el Cuestionario de Evaluación de la Discapacidad de la OMS WHODAS 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/170500/9874573309_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).
48. Agency Medical Directors. The Patient Health Questionnaire (PHQ-9) – overview. Olympia (WA): Washington State Agency Medical Directors' Group; 2015 (<http://www.agencymeddirectors.wa.gov/Files/depressooverview.pdf>).
49. Rathod S, Pinninti N, Irfan M, Gorczynski P, Rathod P, Gega L, et al. Mental health service provision in low- and middle-income countries. *Health Serv Insights*. 2017;10:1178632917694350.
50. Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model: the case for both hospital- and community-based mental healthcare. *Br J Psychiatr*. 2013;202:246–8.
51. What are the arguments for community based care? Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2003.
52. Lehmann U, Sanders D. Community health workers: What do we know about them? The state of the evidence on programmes, activities, costs and impact on health outcomes of using community health workers. Geneva: World Health Organization; 2007.
53. Kok MC, Broerse JEW, Theobald S, Ormel H, Dieleman M, Taegtmeier M. Performance of community health workers: situating their intermediary position within complex adaptive health systems. *Human Resources Health*. 2017;15(1):59.
54. Chatterjee S, Naik S, John S, Dabholkar H, Balaji M, Koschorke M, et al. Effectiveness of a community-based intervention for people with schizophrenia and their caregivers in India (COPSI): a randomised controlled trial. *Lancet*. 2014;383:1385–94.
55. Malone D, Marriott S, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3:CD000270.
56. Dieterich M, Irving CB, Park B, Marshall M. Intensive case management for severe mental illness. *Cochrane Database Syst Rev*. 2010;10:CD007906.
57. Jordans MJD, Kohrt BA, Luitel NP, Komproe IH, Lund C. Community informant detection tool [CIDT]. Londres: Departmente de Desarrollo Internacional; 2014 ([http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/CIDT\\_ExternalUse\\_2014.pdf](http://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/CIDT_ExternalUse_2014.pdf)).
58. Jordans MJD, Kohrt BA, Luitel NP, Lund C, Komproe IH. Proactive community case-finding to facilitate treatment seeking for mental dis-orders, Nepal. *Bull World Health Organ*. 2017;95:531–6.
59. Prevención del suicidio: un imperativo global. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud; 2014 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508\\_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/136083/9789275318508_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y)).
60. Guía del IASC sobre salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias y catástrofes. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos (IASC); 2007 ([www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinespanish.pdf](http://www.who.int/hac/techguidance/iascguidelinespanish.pdf)).
61. Volver a construir mejor. Atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013; 2013 ([https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85377/9789241564571\\_eng.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85377/9789241564571_eng.pdf?sequence=1)).
62. Humanitarian charter and minimum standards in humanitarian response. Southhampton: The Sphere Project; 2011.
63. Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud y la Agencia de la ONU para los Refugiados. Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mGAP). El manejo clínico de los trastornos MNS en las emergencias humanitarias. Washington, D.C.: OPS, 2016 ([http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28418/9789275319017\\_spa.pdf](http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28418/9789275319017_spa.pdf)).
64. Organización Mundial de la Salud y la Agencia de la ONU para los Refugiados. Evaluación de las necesidades y recursos

- psicosociales y de salud mental: guía de herramientas para contextos humanitarios. Organización Mundial de la Salud; 2015 ([apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/159202/9789243548531\\_spa.pdf?sequence=2](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/159202/9789243548531_spa.pdf?sequence=2)).
65. El botiquín médico interinstitucional de emergencia: medicamentos y dispositivos médicos para atender a 10.000 personas durante tres meses aproximadamente. Organización Mundial de la Salud; 2011 ([apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44667/9789243502113\\_spa.pdf?sequence=1](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44667/9789243502113_spa.pdf?sequence=1)).
  66. O'Connell R, Poudyal B, Streel E, Bahgat F, Tol W, Ventevogel P. Who is where, when, doing what: mapping services for mental health and psychosocial support in emergencies. *Intervention*. 2012;10:171–6.
  67. WHO, UNAIDS, UNFPA, UNICEF, UN Women, The World Bank Group. *Survive, thrive, transform. Global strategy for women's, children's and adolescents' health: 2018 report on progress towards 2030 targets*. Geneva: World Health Organization; 2018.
  68. *Integrating mental health into primary care: a global perspective*. Geneva: World Health Organization and World Organization of Family Doctors (Wonca); 2008.
  69. Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatr*. 2017;16:30–40.
  70. Coleman C, Austin BT, Brach C, Wagner EH. Evidence on the chronic care model in the new millennium. *Health Affairs*. 2009;28:75–85.
  71. *Innovative care for chronic conditions: building blocks for action*. Geneva: World Health Organization; 2002.
  72. Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Liceras F, Ong SE, Sigfrid LA, Murphy G, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2017;32(Suppl 4):iv27–47.
  73. Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S, et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;316(24):2618–26.
  74. *Consolidated guidelines on person-centred HIV patient monitoring and case surveillance*. Geneva: World Health Organization; 2017.

# ANEXOS

## A.1 Lista de indicadores para la implementación del mhGAP

Sección	Indicador	Medios de verificación
<b>1. Planear para la implementación del mhGAP en el distrito</b>		
1.1 Reúna un equipo operativo del mhGAP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Existe un equipo operativo del mhGAP, con representantes de los sectores y funciones definidas de los miembros del equipo.</li> <li>Número total de reuniones del equipo operativo del mhGAP al año.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Atribuciones, actas de las reuniones, el plan y el presupuesto para las actividades del equipo.</li> </ul>
1.2 Realice un análisis de la situación.	<ul style="list-style-type: none"> <li>El análisis completo de la situación indica las necesidades y los recursos a nivel del distrito y de los establecimientos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se ha completado el análisis de la situación.</li> </ul>
1.3 Prepare un plan operativo y un presupuesto del mhGAP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>La atención de trastornos MNS está integrada en el plan de salud distrital y fue aprobada por el gobierno.</li> <li>Se dispone de un presupuesto, el cual especifica los recursos financieros, humanos y físicos requeridos para implementar el mhGAP en el distrito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se revisan las agendas y las actas de reuniones y se ajusta continuamente el plan y el presupuesto.</li> </ul>
1.4 Abogue por la salud mental.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de actividades de promoción de la salud mental completadas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Retroalimentación aportada por los líderes de salud pública y de salud mental; encuestas previas y posteriores sobre los conocimientos, las actitudes y las percepciones de agentes comunitarios clave; cambios en las políticas o los planes de salud mental.</li> </ul>
<b>2. Preparar mediante el desarrollo de capacidades y la mejora del sistema de salud</b>		
2.1 Adapte los componentes del paquete del mhGAP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los materiales de capacitación y supervisión de la versión 2.0 de la GI-mhGAP y del e-mhGAP están adaptados y disponibles para la implementación en el distrito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actas del taller de adaptación, se han adaptado materiales de capacitación y supervisión de la GI-mhGAP y del e-mhGAP.</li> </ul>
2.2 Capacite al personal en el uso del mhGAP.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de capacitadores y supervisores que participaron en la capacitación de capacitadores y supervisores del mhGAP.</li> <li>Proporción de proveedores de atención de salud no especializada que se capacitaron en el mhGAP [número capacitado / número de proveedores no especializados en el distrito].</li> <li>Número de trabajadores de la comunidad capacitados que cumplen con las normas de competencia del mhGAP.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los formularios de la capacitación (manuales de capacitación del mhGAP), evaluaciones de la competencia.</li> </ul>
2.3 Prepare la supervisión clínica y administrativa.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de supervisores que recibieron capacitación en la supervisión administrativa y clínica del mhGAP [número capacitado/ número de supervisores (o especialistas) en el distrito].</li> <li>Frecuencia y adecuación de la supervisión tal como se define en el análisis de la situación.</li> <li>Proporción de establecimientos en el distrito que implementan la supervisión del mhGAP [número de establecimientos que realizaron al menos una supervisión por mes / número de establecimientos con supervisores capacitados].</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Notas de la supervisión, formularios de la asistencia a la supervisión en grupo, resúmenes de casos y hojas de evaluación de la supervisión directa.</li> </ul>

Sección	Indicador	Medios de verificación
2.4 Coordine las vías de atención.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Se establece un sistema de referencia que funciona.</li> <li>Número de establecimientos de salud, servicios sociales y programas comunitarios que aplican procedimientos para la referencia de personas con trastornos MNS.</li> <li>Número de referencias y contrarreferencias mensuales.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de la utilización de los servicios para las referencias mensuales; criterios explícitos para la referencia usados al referir pacientes entre los niveles primario, secundario y terciario de atención y a establecimientos que no pertenecen al sector de la salud.</li> </ul>
2.5 Mejore el acceso a medicamentos psicotrópicos	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de meses al año en los que en los establecimientos de salud se dispone de al menos un medicamento en cada categoría de medicamentos psicotrópicos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro del suministro de medicamentos en los establecimientos de salud; registro de la utilización de los servicios para obtener evidencia de la iniciación de medicación para casos nuevos.</li> </ul>
2.6 Mejore el acceso a las intervenciones psicológicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de personal no especialista en el distrito capacitado para proporcionar intervenciones psicológicas.</li> <li>Porcentaje de personas que reciben intervenciones psicológicas que informan una disminución de los síntomas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Referencia de personas con trastornos MNS para recibir intervenciones psicológicas; herramientas para detectar síntomas de trastornos MNS (por ejemplo, el WHODAS, el cuestionario sobre la salud del paciente (47, 48)).</li> </ul>
<b>3. Proveer atención y tratamiento para trastornos MNS</b>		
3.1 Preste servicios a nivel de los establecimientos.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de personas con trastornos MNS identificadas y tratadas en los establecimientos de salud.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros de la utilización de los sistemas de información de salud; registros de la supervisión.</li> </ul>
3.2 Proporcione tratamiento y atención en la comunidad.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Proporción de personas con trastornos MNS que reciben atención en la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mapas de los recursos de la comunidad; asistencia a grupos de apoyo a los usuarios de los servicios y los cuidadores; registros de la utilización de los servicios.</li> </ul>
3.3 Concientice sobre los trastornos MNS y los servicios disponibles.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de actividades de concientización que incluyen a personas con trastornos MNS, sus cuidadores y sus familias.</li> <li>Número de personas en el distrito a los que llegó la concientización.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Resultados cuantitativos y cualitativos de una encuesta comunitaria sobre los cambios en los conocimientos, las actitudes o la práctica relacionados con trastornos MNS.</li> </ul>
3.4 Apoyo a los programas de prevención y promoción.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de programas de prevención y promoción de la salud mental en funcionamiento en el distrito.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Informes del impacto de los programas de prevención y promoción.</li> </ul>
<b>4. Eventos y poblaciones especiales</b>		
Emergencias humanitarias.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de la población afectada por la emergencia humanitaria que recibe atención para trastornos MNS prestada por servicios de salud distritales (desglosado por edad, por sexo y por trastorno).</li> <li>Número de establecimientos de salud, servicios sociales y programas comunitarios con personal capacitado para identificar y apoyar a las personas con trastornos MNS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registro de la utilización de los servicios distritales.</li> </ul>
Atención de salud maternoinfantil.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Número de mujeres, niños y adolescentes con trastornos MNS identificados y tratados en servicios de salud maternoinfantil.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros de los trabajadores comunitarios de salud, bases de datos de los establecimientos, planes y registros de los servicios de salud maternoinfantil y programas de salud y asistencia social.</li> </ul>
Integración del mhGAP en la atención de enfermedades crónicas.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Porcentaje de personas tratadas por una enfermedad crónica que recibieron atención para trastornos MNS.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Registros de programas contra enfermedades crónicas, sistemas de información de salud y registros de la utilización de los servicios.</li> </ul>

# A.2

## Ejemplos de actores comunitarios involucrados en la implementación del mhGAP

Colaboradores y posibles agentes comunitarios	Posibles funciones
<p>El sistema de salud.</p> <p>Establecimientos de atención primaria de salud en el distrito, puntos focales en sectores de la salud pertinentes, centros de capacitación en salud mental, hospitales psiquiátricos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Fortalecer la capacidad para la implementación y el suministro del mhGAP.</li> <li>Suministrar intervenciones individuales del mhGAP y apoyar las actividades de la comunidad.</li> <li>Realizar con regularidad el seguimiento y la evaluación para determinar las necesidades locales y responder a ellas.</li> <li>Identificar brechas en la atención de salud mental para adaptar el programa local.</li> <li>Fomentar las relaciones con otros interesados directos, organismos locales y funcionarios del gobierno para establecer sistemas integrales de coordinación y de referencia.</li> </ul>
<p>Personas con trastornos MNS y sus cuidadores o familias.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministrar información sobre los servicios y asegurar que satisfagan las necesidades y los intereses de las personas con trastornos MNS.</li> <li>Concientizar acerca de las barreras al acceso a la atención de salud para las personas con trastornos MNS.</li> </ul>
<p>La comunidad y ONG (por ejemplo, asociaciones de la sociedad civil, grupos de defensa de los derechos humanos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abogar por la planificación y la implementación del mhGAP y dar apoyo.</li> <li>Presentar los intereses e inquietudes locales acerca de los programas del mhGAP.</li> <li>Identificar las actividades o los recursos que podrían ser proporcionados por interesados directos no gubernamentales.</li> </ul>
<p>Curanderos tradicionales y dirigentes religiosos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Abogar por los derechos de las personas con trastornos MNS y crear conciencia acerca de esos derechos.</li> <li>Ayudar en la planificación y la adaptación del mhGAP al contexto local.</li> </ul>
<p>Proveedores de atención de salud y profesionales de la salud para trastornos MNS (asociaciones profesionales).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Integrar la programación del mhGAP en los servicios existentes de atención de salud y los sistemas de referencia.</li> <li>Comunicar inquietudes e ideas para la adaptación y la puesta en práctica del programa mhGAP.</li> <li>Identificar los puntos fuertes y las áreas que se deben mejorar en los sistemas locales de atención de salud mental.</li> <li>Abogar por los derechos de las personas con trastornos MNS, inclusive una atención de salud eficaz.</li> <li>Participar en el aprendizaje continuo.</li> </ul>
<p>Departamentos en el ministerio de salud (finanzas, asuntos jurídicos, atención de la comunidad, hospitales, preparaciones farmacéuticas, atención primaria de salud, recursos humanos, personal).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mantener y actualizar los registros de pacientes o los sistemas informáticos.</li> <li>Proporcionar orientación para la formulación del presupuesto del mhGAP y la determinación de los costos.</li> <li>Supervisar el seguimiento y la evaluación.</li> <li>Mejorar las vías de referencia en los servicios de salud distritales.</li> <li>Adaptar la lista de medicamentos esenciales y mejorar el suministro a los distritos.</li> </ul>
<p>Sectores pertinentes en el gobierno local (desarrollo social, servicios sociales, bienestar social, educación, asuntos de veteranos).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Los servicios de protección social pueden mitigar las repercusiones socioeconómicas en las personas que viven con trastornos MNS y sus familias.</li> <li>Promover la accesibilidad de los servicios para los adultos y los niños.</li> <li>Promover los derechos de las personas con discapacidad de acuerdo con la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de las Naciones Unidas.</li> <li>Preparar a los establecimientos y sistemas educativos para que se adapten a las necesidades de los niños y los adultos jóvenes con trastornos MNS.</li> <li>Crear oportunidades de trabajo para las personas que viven con trastornos MNS y sus cuidadores.</li> <li>Formular políticas y estrategias para promover el empleo inclusivo (por ejemplo, apoyo al empleo, licencia por enfermedad y discapacidad).</li> <li>Mejorar el sistema de referencia entre las disciplinas y sectores pertinentes.</li> <li>Involucrarse con los sectores sociales que participan en la atención de trastornos MNS (por ejemplo, vivienda, policía, oficiales de prisiones, protección).</li> </ul>
<p>Donantes y organismos de financiamiento.</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar las áreas con recursos financieros limitados.</li> <li>Destacar las áreas con financiamiento insuficiente para la implementación del mhGAP.</li> <li>Proporcionar retroalimentación constructiva al equipo operativo del mhGAP sobre el acceso a apoyo financiero para la planificación y la implementación de los programas.</li> </ul>
<p>El sector académico (institutos de salud pública locales, unidades de estadística, profesorado universitario de escuelas de medicina y enfermería, sistemas de información académica como bases de datos, bibliotecas y revistas científicas).</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Identificar áreas para la investigación sobre la implementación o la adaptación de programas mhGAP.</li> <li>Establecer relaciones con otros interesados directos para agilizar las actividades de investigación.</li> <li>Contribuir al desarrollo de capacidades de los proveedores mediante la formación y la capacitación previa al servicio y durante el servicio.</li> </ul>
<p>Medios de difusión</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Suministrar información responsable y exacta acerca de los problemas de salud mental a fin de reducir la estigmatización y promover el conocimiento y el apoyo para una atención de salud eficaz.</li> </ul>

# A.3

## Herramientas del mhGAP para el análisis de la situación

### Herramienta del mhGAP para el análisis de la situación a nivel distrital

**Instrucciones:** Esta herramienta se completará solo con datos de los distritos. Se define el distrito como una circunscripción administrativa en un país, más pequeña que una región. Este documento es la versión genérica del análisis de la situación, y podría ser necesario agregar un contexto local y temas locales específicos. La objetivo de la herramienta es proporcionar detalles sobre cada distrito que planea implementar el mhGAP y los factores que afectan la salud general y los trastornos MNS en la zona.

**Agregue filas cuando sea necesario.**

D.1 Factores sociodemográficos y económicos		
Nombre del distrito	Etnicidades y religiones	Lenguas
<b>Tamaño de la población (millones de habitantes)</b>		
Total	% de habitantes en zonas urbanas	% de habitantes en zonas rurales
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<p><b>Contexto socioeconómico</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tipos de vivienda, % con servicios sanitarios, % con electricidad</li> <li>• Principal actividad económica en el distrito. Otros indicadores de la situación socioeconómica del distrito (por ejemplo, caminos, transporte, disponibilidad de televisión/ radio/ internet/telefonía móvil).</li> </ul>		
<p><b>Panorama de los problemas sociales comunes en el distrito</b> que podrían afectar a los trastornos MNS y causar sufrimiento (por ejemplo, la violencia doméstica, delitos, la disponibilidad de alcohol, un desastre natural reciente, disturbios políticos, conflictos).</p>		

D.2 Políticas y planes de salud mental
<p><b>¿Existe una política/estrategia de salud mental oficialmente aprobada?</b> Último año examinado; en cuántas partes del distrito ha sido implementada; la descentralización o la integración en servicios de atención de salud no especializada o en programas para poblaciones especiales; aborde los problemas de equidad (género, baja condición socioeconómica).</p> <p> <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    Año:         </p> <p><b>Describe</b></p>
<p><b>Presupuesto de salud mental como porcentaje del presupuesto sanitario total</b></p> <p><b>¿Legislación específica sobre salud mental?</b> Último año examinado; en cuántas partes del distrito fue implementada; inclusión de los protocolos para la gestión de las personas con trastornos MNS que, contra su voluntad, deben ser tratadas; prestaciones sociales.</p> <p> <input type="checkbox"/> Sí    <input type="checkbox"/> No    Año:         </p> <p><b>Describe</b></p>

### D.3 Panorama de los establecimientos de salud

**Panorama de los establecimientos de salud.** Indique el número total de establecimientos de salud y si son públicos, privados o de ONG. Incluya los establecimientos con hospitalización y los establecimientos de atención ambulatoria.

#### Número de establecimientos que proporcionan atención de salud mental

Públicos (nivel primario, secundario, terciario)

Privados

ONG

#### Establecimientos

Nombre del establecimiento

<input type="text"/>

Tipo de establecimiento

<input type="text"/>

Ubicación

<input type="text"/>

#### Interesados directos clave en el distrito (personas y organizaciones)

Nombre

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Cargo

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Contacto

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

Observaciones

<input type="text"/>
<input type="text"/>
<input type="text"/>

### D.4 Sistemas de información de salud mental

**Fuentes de datos utilizadas en el distrito:** registros clínicos /registros de pacientes; informes/registros de establecimientos; encuestas en establecimientos; encuestas domiciliarias; el registro civil; datos administrativos

**Mecanismos de recopilación de datos:** se recopilan datos sistemáticamente; se recopilan datos periódicamente (por ejemplo, trimestralmente, anualmente); se recopilan datos ocasionalmente (por ejemplo, cada 3 ó 5 años); no se recopilan datos

**Notificación de datos al nivel central:** automática o continua; periódica/regular; ocasional; no se notifican los datos

**Desglose de datos por:** edad, sexo, diagnóstico (Sí/No)

**Resultados/indicadores de salud mental:**

- 1. Estado de salud e indicadores de resultados: prevalencia de trastornos mentales; tasa de mortalidad por suicidio; estado de salud mental o resultados en las personas que usan servicios de salud mental
- 2. Indicadores del sistema de salud: número de camas en los hospitales psiquiátricos; número de camas en las unidades psiquiátricas de los hospitales generales; número de ingresos a los hospitales psiquiátricos; número de ingresos a las unidades psiquiátricas de los hospitales generales; número de ingresos no voluntarios en hospitales; número de personas con trastornos mentales que usan servicios ambulatorios de salud mental; número de personas con trastornos mentales que usan servicios de atención primaria de salud; número de personal de atención primaria y general de salud que reciben capacitación en servicio

**D.5 Sistemas de prestación de servicios de salud**

**Personal de salud en el distrito.** (Número total / número en el sector público / número en el sector privado) Por ejemplo: psiquiatras, psicólogos, médicos generales, enfermeras, educadores sanitarios, asistentes sociales.

	/		/	
	/		/	
	/		/	
	/		/	
	/		/	
	/		/	

**Número de personas con trastornos MNS que recibieron servicios médicos (psiquiátricos o de atención primaria) en el último año.** Especifique la incidencia de trastornos MNS.

¿Atención primaria? Sí / No	Diagnóstico	Número

**Número de personas con trastornos MNS que recibieron intervenciones de salud mental en el último año.** Indique el tipo de intervención y el número de personas.

Intervención	Número

### D.5 Sistemas de prestación de servicios de salud, continuación

¿Qué medicamentos para trastornos MNS específicos están disponibles en los consultorios de atención primaria? (Agregue la lista de los medicamentos esenciales; consulte las listas nacionales y de la OMS)

Presentación Vía oral, líquido, inyección	Dosis farmacéutica (por ejemplo, el comprimido contiene 15 mg de principio activo)	Nivel de disponibilidad Establecimientos en los cuales se encuentran la mayoría de los medicamentos (%)			
		Públicos	Privados	Farmacias	ONG

¿Hay actividades comunitarias o de recreación planificadas o grupos de apoyo para las personas con trastornos MNS? Describa toda actividad diseñada para ayudar a este grupo.

¿Están las ONG prestando servicios a personas con trastornos MNS en el distrito? (Incluyendo la promoción de la salud mental)

Nombre	Tipo (profesional, lega o de autoayuda)	Servicios prestados	Número de personas involucradas en el último año

### D.6 Capacitación en la atención de trastornos MNS

¿Hubo programas de capacitación específica en la atención de trastornos MNS para los proveedores de atención sanitaria en el último año? Describa la capacitación, la frecuencia y la extensión del programa para cada tipo de proveedor de atención sanitaria. ¿Qué proporción de los proveedores de atención del distrito recibieron capacitación? ¿La capacitación requiere recertificación o actualización? Incluya la capacitación previa al servicio y en servicio.

Tipo de trabajador de salud	Tipo de capacitación	Frecuencia de la capacitación	Otras observaciones, recertificaciones, etc.	Supervisión (duración y por quien)

Describa el sistema distrital de supervisión de salud para el personal en el área de la salud mental.

### D.7. Programas de concientización, prevención y promoción

**¿Son los conocimientos, actitudes y comportamientos relacionados con trastornos MNS y su tratamiento en el distrito diferentes de los observados a nivel regional?** Describa las estrategias para reducir la estigmatización de los trastornos MNS (por ejemplo, en las actividades cotidianas, profesionales o sociales). Describa las diferencias en este distrito y entre las zonas rurales y las urbanas u otros factores sociodemográficos.

**¿Se implementa a nivel distrital un programa de concientización acerca de los trastornos MNS?** En caso afirmativo, especifique el público destinatario: el público en general, las personas con epilepsia y sus familias, otras. Describa el programa (por ejemplo, carteleras, folletos, televisión, ferias de salud).

### D.8. Vías de atención

**¿Qué tratamientos alternativos son usados por personas con trastornos MNS?** Especifique el tipo de tratamiento (remedio casero, curandero religioso o tradicional o métodos de la comunidad de otro tipo).

**¿Cuál es la vía usual por la cual una persona solicita atención?** Especifique quién es el primer punto de contacto y luego los siguientes en orden (por ejemplo: primero, curandero religioso; segundo, profesional médico, etc.). Especifique si se hace el contacto para casos complejos o para las presentaciones comunes de trastornos MNS.

Primero

Segundo

Tercero

Describa el sistema de referencia para la atención de personas con [trastorno MNS específico].

**¿Qué barreras enfrentan las personas con trastornos MNS para tener acceso al tratamiento?**

### D.9. Factores socioculturales

**Evidencias de la búsqueda de ayuda para trastornos MNS.** Grado de uso de curanderos tradicionales/religiosos; estigma y discriminación; lo que se conoce acerca de prácticas abusivas (por ejemplo, encadenar, sujetar); carga para la familia.

**¿Qué se sabe de modelos explicativos de trastornos MNS?**

## Herramienta de análisis de la situación del mhGAP a nivel de los establecimientos

**Instrucciones:** Esta herramienta debe ser completada para cada establecimiento de salud o consultorio en el sector público o privado que esté planificando la implementación del mhGAP. Es la versión genérica del análisis de la situación, y quizá se tengan que agregar temas locales específicos. En los elementos donde se indique “en el último año”, informe datos de los 12 últimos meses.

Agregue filas si es necesario.

F.1 Administración y servicios		
Nombre del establecimiento	Ubicación	Distancia desde la zona residencial
Días y horario de atención. Solo mediante una cita, simplemente concurriendo al establecimiento o en un caso de urgencia.		
<b>Tipos de servicios</b> <input type="checkbox"/> Primarios <input type="checkbox"/> Secundarios <input type="checkbox"/> Terciarios		<b>Tipo de establecimiento</b> <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado <input type="checkbox"/> Comunitario/ONG
<b>Servicios de atención</b> <input type="checkbox"/> Hospitalización <input type="checkbox"/> Ambulatorio <input type="checkbox"/> Atención de trastornos MNS <input type="checkbox"/> Otros		
<b>Población atendida.</b> Número aproximado de personas atendidas (en el último mes):		
<b>Número de personas con trastornos MNS atendidas en el último año</b>		
Promedio por mes	Casos nuevos de trastornos MNS	Total de casos de trastornos MNS
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<b>Disponibilidad de medicamentos.</b> ¿Tiene el establecimiento acceso sostenible a los medicamentos sugeridos en la GI-mhGAP? En caso negativo, ¿a qué distancia está el establecimiento más cercano que cuenta con los medicamentos? En caso afirmativo, ¿dispensa el establecimiento medicamentos para los trastornos MNS? ¿Cuáles?		
<b>Acceso a teléfonos inteligentes y conocimientos de tecnología de la información (pertinentes para el e-mhGAP):</b> ¿Qué porcentaje del personal tiene acceso a un teléfono inteligente o una tableta? ¿Qué sistema operativo se usa: iOS, Android, computadoras de escritorio? ¿Hay acceso regular a internet?		
<b>Personal.</b> Indique el número total y los tipos de personal. Indique si recibieron capacitación en la atención para trastornos MNS en el último año.		
Tipo de trabajador de salud	Capacitación en la atención para trastornos MNS	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	

## F.2 Servicios para trastornos MNS, referencias y supervisión

**¿Tiene el establecimiento servicios psicosociales para las personas con trastornos MNS y sus familias?**

Describa las intervenciones (por ejemplo, orientación, psicoeducación) e indique el número de referencias para intervenciones psicosociales al año.

**¿Hay servicios de extensión para las personas con trastornos MNS?** Describa el tipo de servicio (por ejemplo, consultorio móvil). Especifique el número de personas atendidas diariamente y por quién.

**Servicio de seguimiento y deserciones.** Describa todo sistema para el manejo de personas con un trastorno MNS que dejan de concurrir a los servicios (por ejemplo, incentivos, sistemas de citas).

**¿Pueden ser las personas atendidas en una habitación privada?** Describa la habitación para la consulta.

**¿Cuántas referencias de trastornos MNS se hicieron el mes pasado?** (pacientes ambulatorios u hospitalizados)  
¿Cuál es la vía típica para la derivación de pacientes con trastornos MNS? Describa el mecanismo de la referencia (evaluación, seguimiento y egreso) y la fuente de referencia al establecimiento (por ejemplo, autorreferencia, por cuál proveedor formal o informal) o el destino fuera del establecimiento (por ejemplo, hospital de distrito, servicio para pacientes ambulatorios con trastornos MNS).

### Ingreso al establecimiento

Número (Ingresan/salen):

Mecanismo:

Origen:

### Salida del establecimiento

Número (Ingresan/salen):

Mecanismo:

Destino:

**¿El personal sabe cómo y dónde informar sobre problemas de seguridad o abuso?** ¿Podría el personal informar sobre maltrato de menores, maltrato de ancianos, comportamiento criminal o de alto riesgo o abusos de derechos humanos a un organismo o sistema pertinente?

**¿Cuántos episodios de restricción física o reclusión ocurrieron en el último año?**

**¿Hay un sistema supervisor para la atención de trastornos MNS?** Describa quién supervisa, el número de supervisores, cómo supervisan, dónde supervisan y la frecuencia de la supervisión. ¿La supervisión hace el seguimiento de la capacitación?

**¿El establecimiento utiliza alguna directriz, evaluación o protocolo de tratamiento para la atención de trastornos MNS?** Si lo hace, describa el contenido, incluida la evaluación, el tratamiento y la referencia para trastornos MNS prioritarios. ¿Cómo se implementa la directriz o el protocolo? ¿Cómo se vigila su cumplimiento?

### F3. Participación de la comunidad en la atención a personas con trastornos MNS

Indique y describa los enlaces del establecimiento con la comunidad. Especifique el tipo de grupo (por ejemplo, voluntarios, organizaciones religiosas, grupos de familias, curanderos, escuelas).

¿Tiene el establecimiento un programa en colaboración formal con otros servicios públicos? Promotores de la causa y de educación del público, servicios de vivienda, servicios sociales o vocacionales, escuelas o servicios de justicia penal, etc. Describa el nivel del trabajo interinstitucional.

## Lista de verificación para los informes sobre el análisis de la situación del mhGAP

### Lista sugerida para la verificación de los informes sobre un análisis de la situación

- Contexto
- Antecedentes de salud relacionados con los trastornos MNS, incluidas la prevalencia, la carga de morbilidad y las brechas en el tratamiento
- Capacidad actual en cuanto a infraestructura y sistemas sanitarios (incluyendo el seguimiento y la evaluación y los sistemas informáticos)
- Capacidad actual en cuanto a recursos humanos
- Cobertura y calidad de las intervenciones esenciales y cualquier causa de cobertura baja o ineficaz
- Recursos de la comunidad al alcance de las personas que viven con trastornos MNS
- Políticas actuales que son pertinentes para los trastornos MNS y su implementación, gasto actual en la atención de estos trastornos y principales asociados involucrados
- Conclusión que sintetice toda la información e identifique las barreras para la puesta en práctica del programa mhGAP
- Recomendaciones, enumeradas en orden de prioridad

## A.4 Plan operativo del mhGAP

### Lista de verificación de un conjunto mínimo de actividades

#### El plan preparado por el equipo operativo del mhGAP debe incluir:

- Establecimientos, comunidades o zonas geográficas identificados para la implementación del mhGAP
- Mecanismo para apoyar a los establecimientos con la infraestructura, el equipo o el apoyo necesarios para prestar los servicios del mhGAP
- Recursos humanos en quienes se requiere fortalecer la capacidad y descripciones claras de sus funciones en la implementación del mhGAP en el distrito (por ejemplo, para el suministro de medicamentos psicotrópicos, farmacéuticos y proveedores de atención de salud capacitados en prescribir)
- Mecanismo para la recopilación, al análisis y la difusión de información sobre los servicios prestados
- Actividades para concientizar acerca de los servicios disponibles en la comunidad
- Actividades colaborativas con todos los agentes comunitarios pertinentes en la planificación, la preparación y la prestación de servicios dentro del mhGAP

Para todos los casos anteriores, figuran actividades claras en la lista, con cronogramas, recursos requeridos y la persona u organismo responsable.

### Ejemplo de un plan operativo del mhGAP

Actividad	Cronograma	Funcionario u organismo responsable	Recursos requeridos
Reuniones del equipo operativo del mhGAP para supervisar las actividades del programa y analizar la colaboración entre los interesados directos.	Continuas	Funcionario de salud mental del distrito.	Punto de reunión. Costos del transporte del equipo operativo.
Reunión con el departamento de compras del Ministerio de Salud para asegurar la disponibilidad de los medicamentos psicotrópicos esenciales en los centros.	Enero	Unidad de suministros médicos.	El presupuesto para salud mental del distrito debe incluir los medicamentos psicotrópicos esenciales.
Capacitación de todos los médicos generales y todas las enfermeras en la versión 2.0 de la GI-mhGAP para prestar servicios a personas con epilepsia, psicosis y depresión.	Febrero–abril	Unidad de salud mental en la universidad local y departamento de capacitación del Ministerio de Salud.	Costos de la capacitación.
Supervisión continua por especialistas en los centros.	Febrero–diciembre	Unidad de Salud Mental en la universidad local y departamento de capacitación del ministerio de salud.	Costos de la supervisión.
Información sobre los indicadores comunicados mensualmente por los centros y difusión de los análisis cada 3 meses para vigilar el progreso.	Febrero–diciembre	Centro nacional de información sanitaria.	El sistema nacional de información de salud debe incluir datos sobre la salud mental.

Módulo: \_\_\_\_\_

Sección	Página	Adaptaciones
<p><b>Manifestaciones comunes</b>            ¿Hay pruebas sólidas de la aparición frecuente de trastornos MNS en el entorno local?            ¿Qué modismos se usan para describir los signos y síntomas de trastornos MNS? [DEP 21-24; PSI 35-36; EPI 58; MCON 71-72; DEM 95; SUS 114; SUI-; OTR 143]</p>		
<p><b>Enfermedad física</b>            En vista de la epidemiología en el distrito, ¿se deben revisar los ejemplos de enfermedades físicas para el diagnóstico diferencial?            [DEP 23; PSI 35; EPI 59; MCON 75-79; DEM 95; SUS 112; SUI-; OTR-]</p>		
<p><b>Manejo</b>            “Consultar a un especialista”. ¿Qué significa “consultar” para este trastorno (por teléfono, referir)? ¿Qué especialista se debe consultar para este trastorno (enfermera psiquiátrica, psiquiatra)?</p>		
<p><b>Intervenciones psicosociales</b>            Examinar las intervenciones enumeradas en el módulo y determinar si están disponibles ahora o se espera que lo estén en los próximos años.            Si están disponibles, enumere los servicios disponibles en cada lugar (como un anexo) e indique cómo se refiere a las personas a esos servicios.            Si no están disponibles las intervenciones, considere cuáles deben permanecer o ser retiradas de una parte o de todo este documento. Considere la posibilidad de agregar los principios básicos de la orientación para la solución de problemas a los materiales de capacitación.            [DEP 27; PSI 40; EPI 64; MCON 87; DEM 101; SUS 123; SUI-; OTR-]</p>		
<p><b>Intervenciones farmacológicas</b>            Examine los medicamentos enumerados. Si es amplia la disponibilidad de otros medicamentos psicotrópicos accesibles y asequibles y están de acuerdo con los protocolos o directrices nacionales, pueden ser agregados para su uso en adultos (pero no en niños o adolescentes, para quienes la fluoxetina sigue siendo el único medicamento). [DEP 28; PSI 41; EPI 65; MCON-; DEM-; SUS 126; SUI-; OTR-]</p>		
<p><b>Seguimiento</b>            Examine las recomendaciones sobre la frecuencia de contacto y adapte las al contexto local si es necesario. Cuando sea pertinente, identifique el punto de reunión y el personal de salud involucrado en el seguimiento.            [DEP 29; PSI 46; EPI 67; MCON 90; DEM 103; SUS 128; SUI-139; OTR 148]</p>		
<p><b>Otras adaptaciones específicas de módulos</b>  <i>Módulo Atención y prácticas esenciales de salud [p. 7]</i>            Incluya artículos o cláusulas pertinentes de la legislación sobre salud mental o reglamentos regionales o nacionales.  <i>Módulo Epilepsia [p. 64]</i>            En el texto que dice “Se deben observar las leyes locales para conductores de vehículos relacionadas con la epilepsia”, considere la posibilidad de agregar texto pertinente tomado de la ley nacional.  <i>Módulo Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente [p. 73]</i>            Incluya hitos del desarrollo local en la capacitación, si los hay, y distribúyalos como hojas informativas.  <i>Módulo Trastornos por el consumo de sustancias [p. 115]</i>            Examine la lista de sustancias psicoactivas en el cuadro y considere la posibilidad de agregar sustancias usadas en el contexto nacional.</p>		

Otras observaciones:

## A.6

# Cronogramas sugeridos para la capacitación

### Capacitación de capacitadores y supervisores

Hora	Día 1	Día 2	Día 3	Día 4	Día 5
9:00–10:45	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Bienvenida e introducción al mhGAP</li> <li>• Importancia de la integración de la salud mental en entornos no especializados de salud</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Introducción a los métodos de capacitación de la versión 2.0 de la GI-mhGAP y las competencias que se adquirirán</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de capacitación: Utilización de la versión 2.0 de la GI-mhGAP</li> <li>• Relatos en primera persona</li> <li>• Demostraciones con videos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio de facilitación de los participantes y retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión: teoría y práctica</li> </ul>
11:00–12:30	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Familiarización con la implementación de la versión 2.0 de la GI-mhGAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparación y evaluación de un curso de capacitación (es necesaria la evaluación de la capacitación)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habilidades de capacitación: juego de roles</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio de facilitación de los participantes y retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervisión: teoría y práctica</li> </ul>
1:15–3:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención y prácticas esenciales</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación: Habilidades de presentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Evaluación de las competencias y retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio de facilitación de los participantes y retroalimentación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación individual y plan para seguir adelante</li> </ul>
3:15–5:00	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Atención y prácticas esenciales (continuación)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación: Facilitación de discusiones grupales</li> <li>• Demostraciones</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ejercicio de facilitación de los participantes: se da a los participantes tiempo para preparar una capacitación en el empleo de la GI-mhGAP</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Examen de la capacitación y otras técnicas de capacitación interactivas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Retroalimentación individual y plan para seguir adelante (continuación)</li> <li>• Final</li> </ul>

### Capacitación de proveedores de atención de salud

El curso completo de la GI-mhGAP comprende nueve módulos; sin embargo, se pueden enseñar según sea adecuado para el contexto local. Los cronogramas sugeridos son:

- presentación de los nueve módulos en un mínimo de 5 a 6 días consecutivos;
- presentación de los nueve módulos en tres segmentos, por ejemplo, en tres fines de semana; o
- presentación del módulo Atención y prácticas esenciales de salud para los trastornos MNS más pertinentes para el contexto local. Los participantes pueden luego aprender los otros módulos por sí mismos o mediante el aprendizaje a distancia (*e-learning*).

## Cronograma para la capacitación relacionada con trastornos prioritarios

Trastornos prioritarios	Duración
<b>INTRO</b> Introducción al mhGAP	1.75 horas
<b>AEP</b> Atención y prácticas esenciales de salud	5.5 horas
<b>DEP</b> Depresión	4.5 horas
<b>PSI</b> Psicosis	4.5 horas
<b>EPI</b> Epilepsia	4.5 horas
<b>MCON</b> Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente	6.5 horas
<b>DEM</b> Demencia	4.5 horas
<b>SUS</b> Trastornos por el consumo de sustancias	6 horas
<b>SUI</b> Autolesión/suicidio	4 horas
<b>OTR</b> Otros padecimientos de salud mental importantes	4.5 horas

## Intervenciones individuales y en la población para trastornos MNS prioritarios

Trastorno prioritario	Intervenciones individuales		Intervenciones en la población
	Elemento farmacológico	Psicosociales, incluidas intervenciones psicológicas basadas en la evidencia	Prevención y promoción
<b>DEP</b> Depresión	<ul style="list-style-type: none"> <li>Amitriptilina (un antidepresivo tricíclico), solo para uso en adultos</li> <li>Fluoxetina (intervenciones con un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación</li> <li>Promueva el funcionamiento adecuado en las actividades diarias y la vida de la comunidad (por ej., actividad física)</li> <li>Activación conductual, técnicas de relajación, orientación para el tratamiento de resolución de problemas, terapia cognitiva conductual (TCC), terapia interpersonal (TIP)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades para mejorar las actitudes de la comunidad hacia las personas con trastornos MNS</li> </ul>
<b>PSI</b> Psicosis	<ul style="list-style-type: none"> <li>Haloperidol o clorpromazina</li> <li>Se puede considerar la posibilidad de administrar antipsicóticos de segunda generación (excepto por la clozapina) cuando sean apropiados para personas con trastornos psicóticos, como una opción al haloperidol o la clorpromazina si se puede garantizar la disponibilidad y el costo no constituye una limitación</li> <li>Lítio, valproato o carbamazepina para el trastorno bipolar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación</li> <li>Fortalezca el apoyo social, reduzca el estrés, capacite en habilidades para la vida</li> <li>Intervenciones psicológicas: TCC, orientación o terapia familiar</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades para mejorar las actitudes de la comunidad hacia las personas con trastornos MNS.</li> <li>Facilitación de vida en casas intermedias, vida independiente y vivienda con apoyo que sea cultural y contextualmente adecuada</li> </ul>
<b>EPI</b> Epilepsia	<ul style="list-style-type: none"> <li>Medicamentos antiepilépticos esenciales: carbamazepina, fenobarbital, fenitoína y ácido valproico</li> <li>Medicamentos antiepilépticos más nuevos (Lamotrigina, Levetiracetam y Topiramato) como terapia adicional en personas con epilepsia convulsiva resistente a los medicamentos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación que sea cultural y contextualmente apropiada</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades para mejorar las actitudes de la comunidad hacia las personas con trastornos MNS</li> </ul>
<b>SUS</b> Trastornos por el consumo de sustancias	<ul style="list-style-type: none"> <li>Benzodiazepinas para la abstinencia de alcohol</li> <li>Tiamina para la encefalopatía de Wernicke</li> <li>Baclofeno para prevenir la recaída</li> <li>Metadona y buprenorfina para el mantenimiento y la desintoxicación</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Psicoeducación, incluyendo la discriminación y la estigmatización</li> <li>Intervenciones psicológicas: TCC, terapia para el manejo de contingencias, orientación o terapia familiar, reforzamiento motivacional</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Actividades para mejorar las actitudes de la comunidad hacia personas con trastornos MNS</li> <li>Grupos de ayuda mutua</li> <li>Suministro de equipos de inyección estériles y recuperación de los ya usados con la colaboración de los centros de atención primaria y las farmacias de la comunidad o mediante programas de extensión</li> </ul>

Trastorno prioritario	Intervenciones individuales		Intervenciones en la población
	Elemento farmacológico	Psicosociales, incluidas intervenciones psicológicas basadas en la evidencia	Prevención y promoción
<b>MCON</b> Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Metilfenidato para el trastorno del déficit de atención con hiperactividad después de consultar a un especialista</li> <li>• Fluoxetina, pero ningún otro inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina ni ningún antidepresivo tricíclico para adolescentes con depresión</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación para la persona y los cuidadores y asesoramiento sobre la crianza de los hijos</li> <li>• Orientación para los cuidadores sobre el mejoramiento del comportamiento de los adolescentes</li> <li>• Promover el bienestar y el funcionamiento del niño y el adolescente (incluidas las conexiones sociales y con los compañeros, la actividad física y el autocuidado)</li> <li>• Intervenciones psicológicas: TCC, capacitación en habilidades de crianza de los hijos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades para mejorar las actitudes de la comunidad hacia personas con trastornos MNS</li> </ul>
<b>DEM</b> Demencia	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibidores de la colinesterasa y numantina (no como tratamiento de primera línea)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Apoyo a los cuidadores (autocuidado, manejo del estrés)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades para mejorar las actitudes de la comunidad hacia personas con trastornos MNS</li> </ul>
<b>EST</b> Trastornos relacionados con el estrés	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina (fluoxetina) y antidepresivo tricíclico (amitriptilina) como tratamiento de segunda línea</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación (por ejemplo, para el trastorno de estrés postraumático)</li> <li>• Primera ayuda psicológica</li> <li>• Apoyo para hacer frente a factores psicosociales estresantes con técnicas de resolución de problemas</li> <li>• Manejo del estrés</li> <li>• Fortalecimiento de métodos para hacer frente positivamente a los problemas y apoyo social</li> <li>• Intervenciones psicológicas: TCC concentrada en traumas, desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento<sup>1</sup></li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades para mejorar las actitudes de la comunidad hacia personas con trastornos MNS</li> </ul>
<b>SUI</b> Autolesión y suicidio	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo con el tratamiento de la GI-mhGAP para trastornos MNS prioritarios concurrentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Elimine medios de autolesión y garantice el seguimiento después de un episodio de autolesión</li> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Apoyo a los cuidadores</li> <li>• Active las redes de apoyo psicosociales (por ej., los compañeros, la familia, la comunidad)</li> <li>• Intervenciones psicológicas: TCC</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reducir el acceso a los medios de autolesión</li> <li>• Programas de prevención de suicidios en las escuelas que incluyan capacitación en habilidades y concientización sobre la salud mental</li> <li>• Las políticas para reducir el consumo nocivo de alcohol deben ser un componente de una estrategia integral de prevención del suicidio</li> <li>• Promover que los medios de difusión informen con responsabilidad acerca de los comportamientos suicidas</li> </ul>
<b>OTR</b> Otros padecimientos de salud mental importantes	<ul style="list-style-type: none"> <li>• De acuerdo con el tratamiento de la GI-mhGAP para trastornos MNS prioritarios concurrentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Psicoeducación</li> <li>• Apoyo para reducir factores psicosociales estresantes con técnicas de resolución de problemas</li> <li>• Intervenciones psicológicas: de acuerdo con el tratamiento de la GI-mhGAP para trastornos MNS prioritarios concurrentes</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Actividades para mejorar las actitudes de la comunidad hacia personas con trastornos MNS</li> </ul>

<sup>1</sup> Como sucede con la TCC para los traumas, el objetivo de la desensibilización por movimientos oculares y el reprocesamiento es reducir la ansiedad subjetiva y fortalecer las creencias de adaptación relacionadas con el evento traumatizante. A diferencia de la TCC para los traumas, la desensibilización por movimientos oculares y el reprocesamiento no incluyen descripciones detalladas del suceso, el desafío directo a las creencias, la exposición prolongada o tareas.

**!** Vea los módulos pertinentes en la versión 2.0 de la GI-mhGAP para consideraciones importantes sobre la prescripción de medicamentos psicotrópicos, con especial atención a niños, adolescentes, mujeres embarazadas o amamantando, adultos mayores, personas con enfermedades cardiovasculares y adultos con ideas o planes suicidas.

Se describen a continuación las intervenciones psicológicas basadas en la evidencia recomendadas en la versión 2.0 de la GI-mhGAP.

Intervención psicológica	Abreviatura en los módulos de la versión 2.0 de la GI-mhGAP	Descripción
Activación conductual	DEP	Tratamiento psicológico para mejorar el estado de ánimo reanudando actividades anteriormente placenteras, orientadas a tareas, a pesar del bajo estado de ánimo actual. Puede ser usado como un tratamiento independiente y también como un componente de la TCC.
Capacitación en relajación	DEP	Incluye la capacitación en técnicas como ejercicios de respiración para producir una respuesta de relajación.
Tratamiento de resolución de problemas	DEP, SUI	Tratamiento psicológico que incluye el uso sistemático de la identificación de problemas y técnicas de resolución de problemas en varias sesiones.
Terapia cognitiva conductual (TCC)	DEP, MCON, SUS, PSI, SUI	Tratamiento psicológico que combina componentes cognitivos (para pensar de otro modo, por ejemplo, al identificar y afrontar pensamientos negativos poco realistas) y componentes conductuales (hacer las cosas de otro modo, por ejemplo, ayudando a la persona a hacer actividades más gratificantes).
TCC para traumas	EST	La TCC para los traumas incluye generalmente exponer a la persona (a imágenes o en vivo) a pensamientos y creencias no útiles relacionados con un trauma o hacer que los enfrente directamente.
Terapia de manejo de contingencias	SUS	Un método estructurado de premiar cierto comportamiento deseado, como asistir al tratamiento y evitar el uso nocivo de sustancias. Las recompensas para el comportamiento deseado se reducen con el transcurso del tiempo a medida que se establecen las recompensas naturales.
Orientación o terapia familiar	PSI, SUS	Se proporciona orientación generalmente en más de seis sesiones planificadas durante varios meses. Se debe proporcionar orientación a familias individuales o grupos de familias y se debe incluir a la persona con trastorno mental, si es factible. Tiene funciones de apoyo y educativas o de tratamiento. A menudo incluye la resolución de problemas negociada o el manejo de crisis.
Terapia interpersonal (TIP)	DEP	Tratamiento psicológico mediante la conexión entre los síntomas depresivos y los problemas interpersonales, especialmente los que incluyen aflicción, disputas, cambios de vida y aislamiento social. También conocido como "psicoterapia interpersonal".
Terapia de refuerzo motivacional	SUS	Es una terapia estructurada (cuatro sesiones o menos) para ayudar a las personas con trastornos por consumo de sustancias. El enfoque para motivar un cambio motivador es la entrevista motivacional, es decir, llevar a las personas a participar en una discusión acerca de su uso de sustancias, incluidas las ventajas e inconvenientes percibidos en relación con los valores de las personas, evitando el debate si hay resistencia y alentando a las personas a decidir ellas mismas sobre su meta.
Capacitación en la crianza de los hijos	MCON	Es un grupo de programas de tratamiento para cambiar los comportamientos de crianza y fortalecer la confianza en la adopción de estrategias de crianza eficaces. Incluye enseñar a los padres la comunicación emocional, aptitudes de interacción positiva entre padres e hijos y métodos de refuerzo positivo para mejorar el comportamiento y el funcionamiento de niños y adolescentes.
Desensibilización por movimientos oculares y reprocesamiento <sup>1</sup>	EST	Se basa en la idea de que los pensamientos, sentimientos y comportamientos negativos son el resultado de recuerdos sin procesar. El tratamiento consta de procedimientos normalizados que incluyen centrarse simultáneamente en (i) asociaciones espontáneas de imágenes, pensamientos, emociones y sensaciones físicas traumatizantes y (ii) la estimulación bilateral, con mayor frecuencia en forma de movimientos oculares repetidos.

<sup>1</sup> Como sucede con la TCC para los traumas, el objetivo de la desensibilización por movimientos oculares y el reprocesamiento es reducir la ansiedad subjetiva y fortalecer las creencias de adaptación relacionadas con el evento traumatizante. A diferencia de la TCC para los traumas, la desensibilización por movimientos oculares y el reprocesamiento no incluyen descripciones detalladas del suceso, el desafío directo a las creencias, la exposición prolongada o tareas.

A continuación se enumeran ejemplos de intervenciones en la comunidad.

Prevención y promoción	Concientización	Identificación	Intervenciones (apoyo psicosocial)	Recuperación (movilización de usuarios y grupos de apoyo entre pares)	Recursos humanos
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Capacitación en habilidades para la vida.</li> <li>• Habilidades para la crianza.</li> <li>• Promoción de la actividad física y la alimentación sana.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la concientización relacionada con los trastornos MNS.</li> <li>• Reducir la estigmatización, la discriminación y el abuso.</li> <li>• Proteger los derechos humanos.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la identificación de personas con trastornos MNS y su referencia y uso de los servicios.</li> <li>• Establecer contacto e interactuar con las personas y evaluar sus síntomas y conductas con la versión del mhGAP adaptada a la comunidad.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Proporcionar primera ayuda psicológica en los eventos traumáticos agudos.</li> <li>• Proporcionar psicoeducación haciendo hincapié en las estrategias de autocuidado, especialmente para la depresión.</li> <li>• Ofrecer intervenciones psicológicas breves (sección 2.5).</li> <li>• Fortalecer el apoyo social, incluidas las intervenciones para las familias y el mejoramiento de las redes sociales.</li> <li>• Vincularse con los recursos de la comunidad.</li> <li>• Evaluar el riesgo de autolesión o suicidio e intervenir preventivamente.</li> <li>• Facilitar la referencia a un establecimiento acompañando a la persona, si fuera posible.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Movilizar a la comunidad para garantizar la inclusión social y la participación en las actividades de la comunidad y el apoyo a las familias (económico, alimentario y práctico).</li> <li>• Garantizar la colaboración multisectorial para tener acceso a oportunidades de desarrollo de aptitudes y de apoyo a los medios de vida.</li> <li>• Realizar el seguimiento y el asesoramiento sistemáticos sobre la observancia del tratamiento.</li> <li>• Vincular a las personas con grupos de autoayuda y de apoyo entre pares.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Trabajadores de primera línea.</li> <li>• Integración de las comunidades mediante nexos intersectoriales.</li> <li>• Atención continua.</li> </ul>

# A.8 Formularios del mhGAP para proveedores de atención de salud no especializada

## Formulario del mhGAP para datos de ingreso

Este formulario está diseñado para ayudar a los proveedores de atención de salud a registrar información importante acerca de las personas que atienden en sus establecimientos. El formulario concuerda con el módulo Atención y prácticas esenciales de salud de la versión 2.0 de la GI-mhGAP. El equipo operativo del mhGAP quizá desee adaptar el formulario para ajustarlo a las necesidades de la población de su distrito.

<b>Nombre del establecimiento:</b>	Ubicación del establecimiento:	Nombre del proveedor:	Fecha del seguimiento:
<b>Datos de la persona</b>			
<b>Nombre completo:</b>	Fecha de nacimiento: Edad:	Ocupación:	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
Address:		Teléfono:	
<b>Datos del cuidador</b>			
<b>Nombre del cuidador:</b>	Dirección:	Teléfono:	Relación con el paciente:
<b>I. Evalúe la salud física (consulte la versión 2.0 de la GI-mhGAP, p. 8)</b>			
1. Evaluación de la salud física			
2. Manejo de la salud física			
<b>II. Realice una evaluación de los trastornos MNS (consulte la versión 2.0 de la GI-mhGAP, p. 9)</b>			
1. Motivo de la consulta			
2. Historia clínica general			
3. Antecedentes de trastornos MNS anteriores			
4. Antecedentes familiares de trastornos MNS			
<b>III. Trate los trastornos MNS (consulte la versión 2.0 de la GI-mhGAP, p. 11)</b>			
1. Plan de tratamiento			
2. Intervenciones psicosociales			
3. Intervenciones farmacológicas			
4. Referencia del paciente			
5. Plan de seguimiento			
6. El cuidador y la familia			
7. Vínculos (con los sectores del empleo, la educación, los servicios sociales, la vivienda y otros pertinentes)			
8. Poblaciones especiales			
<input type="checkbox"/> Niños y adolescentes			
<input type="checkbox"/> Adultos mayores			
<input type="checkbox"/> Mujeres embarazadas o amamantando			
<b>IV. Evalúe la posibilidad de autolesión o suicidio y de trastornos por consumo de sustancias</b>			

## Formulario del mhGAP para el seguimiento

Este formulario está diseñado para ayudar a los proveedores de atención de salud a registrar información importante acerca de las personas que atienden en sus establecimientos. El formulario concuerda con las secciones sobre seguimiento de la versión 2.0 de la GI-mhGAP. El equipo operativo del mhGAP quizá desee adaptar el formulario para ajustarlo a las necesidades de la población en su distrito.

<b>Nombre del establecimiento:</b>	<b>Ubicación del establecimiento:</b>	<b>Nombre del proveedor:</b>	<b>Fecha del seguimiento:</b>
<b>Datos de la persona</b>			
<b>Nombre completo:</b>	<b>Fecha de nacimiento: Edad:</b>	<b>Ocupación:</b>	<b>Sexo:</b> <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Femenino
<b>Dirección:</b>		<b>Teléfono:</b>	
<b>Datos del cuidador</b>			
<b>Nombre del cuidador:</b>	<b>Dirección:</b>	<b>Teléfono:</b>	<b>Relación con el paciente:</b>
<b>Seguimiento de la primera consulta</b>			
<b>Fecha de la primera evaluación:</b>	<b>Nombre del proveedor:</b>	<b>Referencias del paciente:</b>	
Trastornos MNS prioritarios (marcar todos los que correspondan, proporcionar luego detalles del diagnóstico)	DEP, PSI, EPI, MCON, DEM, SUS, SUI, OTR		
Protocolo de manejo			
Intervenciones psicosociales			
Intervenciones farmacológicas			
Enlaces con otros sectores/servicios			
<b>Evalúe para determinar mejoras (refiérase a la sección apropiada de seguimiento de trastornos MNS en la versión 2.0 de la GI-mhGAP)</b>			
1. ¿Está mejorando la persona?		Sí / No	
2. ¿Qué síntomas persisten y cómo afectan el funcionamiento cotidiano?			
<b>II. Seguimiento del tratamiento</b>			
1. ¿Está la persona tomando medicamentos?		Sí / No	
2. Evaluar para detectar efectos adversos de los medicamentos			
<b>III. Revise el tratamiento cuando proceda</b>			
1. ¿Por cuánto tiempo ha estado la persona libre de síntomas?			
<b>Recomendaciones</b>			
Frecuencia de contacto			

## Formularios de referencia y contrarreferencia

Nombre del establecimiento		Original / copia	
Referido por:	Nombre:	Cargo:	
<b>Establecimiento que inicia la referencia</b> (nombre y domicilio):		Fecha de la referencia:	
Preparativos hechos por teléfono:	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	No. de tel. del establecimiento	
<b>Referido al establecimiento</b> (nombre y domicilio):			
Nombre del usuario del servicio			
Número de identificación personal	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección			
Antecedentes de salud mental y física ( <i>incluir uso de sustancias, historia clínica, antecedentes familiares</i> )			
Resultados de la evaluación			
Tratamiento proporcionado			
Motivo de la referencia			
Documentos que acompañan la referencia			
Escriba su nombre, su firma y la fecha	Nombre:	Firma:	Fecha:

<b>Contrarreferencia desde el establecimiento receptor</b> (nombre)		No. de tel.	
Respuesta de (persona que llena el formulario)	Nombre:	Fecha:	
	Cargo:	Especialidad:	
<b>Al establecimiento que inició la referencia:</b> ( <i>nombre y domicilio</i> )			
<b>Nombre del usuario del servicio</b>			
Número de identificación personal	Edad:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F	
Dirección			
Esta persona fue atendida por: ( <i>nombre y cargo</i> )		Fecha:	
Antecedentes clínicos mentales y físicos ( <i>incluir uso de sustancias, historia clínica, antecedentes familiares</i> )			
Resultados de la evaluación			
Diagnóstico			
Plan de tratamiento y seguimiento			
Medicación recetada			
Intervención psicológica recomendada			
Continúe con: ( <i>medicamentos, prescripciones, atención psicosocial, seguimiento</i> )			
Contrarreferir a:		On (date):	
Escriba su nombre, su firma y fecha	Nombre:	Firma:	Fecha:



## **Lista de los miembros del equipo operativo del mhGAP:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....

## **Lista de los establecimientos que actualmente implementan el mhGAP a nivel distrital:**

1. ....
2. ....
3. ....
4. ....
5. ....
6. ....
7. ....
8. ....
9. ....
10. ....





**OPS**



Organización  
Panamericana  
de la Salud



Organización  
Mundial de la Salud  
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS  
Américas

Para más información, póngase en contacto con:

525 Twenty-third Street, NW  
Washington, D.C., 20037  
Estados Unidos de América  
Tel.: +1 (202) 974-3000  
[www.paho.org](http://www.paho.org)

Correo electrónico: [mhgap-info@who.int](mailto:mhgap-info@who.int)  
Sitio web: [www.who.int/mental\\_health/mhgap](http://www.who.int/mental_health/mhgap)

ISBN 978 92 75 32254 3

