



# DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2020

---

Salud Mental para Todos y Todas:  
Mayor Inversión-Mayor Acceso

**FEDERACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL**

[wfmh.global](http://wfmh.global) - [info@wfmh.global](mailto:info@wfmh.global)



# TABLA DE CONTENIDOS

## PATROCINADORA 6

S.A.R. Princesa Iman Afzan Al-Sultan Abdullah 6

## SECCIÓN A | Introducción 9

Prólogo de la Presidenta de la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH en su sigla en inglés) 10  
Dr Ingrid Daniels

Salud mental: Invirtamos en ella 14  
Dévora Kestel, Directora, Salud Mental y Uso de Substancias Organización Mundial de la Salud

WFMH y el Activismo Global por la Salud Mental 17  
Profesor Gabriel Ivbijaro MBE JP, Secretario General WFMH

## SECCIÓN B | Mayor Inversión - Mayor Acceso 20

Gente Saludable 2030: La Integración de la Salud Mental en el Bienestar de Todos y Todas 21  
Nicolaas P. Pronk, Dushanka V. Kleinman

Mejorar el acceso a las terapias psicológicas – más necesario que nunca 30  
Anthony Dowell

Invertir en terapias psicológicas – el modelo del Reino Unido 35  
Professor Benjamin Wright

<b>Invertir en educación en salud mental</b>	42
Christopher Dowrick, Wolfgang Spiegel, Christos Lionis, Juan M. Mendive	
<b>Abordar el Estigma y el Aislamiento Social para Promover el Acceso a la Atención en Salud Mental y una Mejor Salud mental para Todos y Todas</b>	49
Gabriel Ivbijaro, Lucja Kolkiewicz, Jeffrey Geller, Michelle Riba, Helen Herrman, Igor Švab	
<b>Invertir en mejorar el acceso a la atención de salud mental infantil en Sudáfrica</b>	54
Sumaya Laher & Tasneem Hassem	
<b>Activación de las comunidades – invertir en la salud mental de los adultos mayores</b>	61
Carlos Augusto de Mendonça Lima	
<b>Cómo la inversión en atención primaria puede promover el acceso a la salud mental en atención primaria</b>	68
Christopher Dowrick, Joseph Adekunle Ariba, Sandra Fortes, Kim Griswold, Pramendra Prasad Gupta, Ryuki Kassai, Abdullah al-Khatami, Cindy Lam, Donald Li	
<b>El acceso a la atención secundaria requiere inversión</b>	74
Dinesh Bhugra, Antonio Ventriglio, Koravangattu Valsraj	
<b>mhGAP como una herramienta para promover la inversión y el acceso</b>	79
Dr Peter Hughes	
<b>Promoción de la Salud Mental a partir de los Principios de la Carta de Ottawa: La Experiencia de Taiwán</b>	84
Shu-Jen Lu	
<b>Trabajo de Pares y Salud Mental – el Poder de los Grupos de Apoyo Una perspectiva sudafricana</b>	87
Cassey Chambers, Krystle Rose Kemp, Janine Shamos	
<b>El Valor del Trabajo de Pares en Salud Mental: Aumentar la inversión y el acceso para todos y todas</b>	89
Michael Burge OAM	
<b>Preparando el Escenario para el Apoyo entre Pares: El desafío para Chile</b>	92
Olga Toro Devia, Matías Irrarrázaval, Miguel Rojas, Ruben Alvarado	
<b>Clubhouse Internacional: Ampliación de recursos para Personas con Trastornos Mentales Graves</b>	95
Joel D. Corcoran	

<b>La Escuela de Recuperación y Bienestar – La Experiencia del Centro de Londres</b>	100
Lucja Kolkiewicz, Edwin Ndlovu, Jessica Prakash, Dennis Shorunkeh-Sawyer, Imtaz Khaliq, Joseph Thompson, Asha Abdillahi, Tahara Matin	

## **SECCIÓN C | Salud Mental y COVID 19** 108

<b>Activación comunitaria, política y COVID 19</b>	109
Jane Desborough, Grant Blashki, Sally Hall, Ruth Vine, Christine Morgan, Mark Roddam, Michael Kidd	

<b>COVID 19 e Inequidad</b>	117
Rahn Bailey, Amit Grover	

<b>Salud Mental y Covid-19: Una Necesidad para la Acción</b>	121
Roberto Mezzina	

<b>Intervenciones de Salud Mental Durante y Después del COVID-19</b>	127
Ingrid Daniels, Taryn du Toit	

<b>El COVID-19 y la Salud Mental de los Empleados: La realidad detrás de la retórica</b>	144
Ina Rothmann, Christoffel Grobler, Cassey Chambers, Leon de Beer	

## **SECCIÓN D | Llamado a la Acción** 161

<b>Día Mundial de la Salud Mental 2020 Llamado a la Acción</b>	162
--	-----

## **SECCIÓN E | Recursos del Día Mundial de la Salud Mental** 168

<b>Evaluación del Ambiente de Cuidado Dirigido por el Paciente (PLACE)</b>	169
--	-----

<b>Links recomendados por la OMS</b>	171
--------------------------------------	-----

<b>Muévete por la Salud Mental</b>	172
------------------------------------	-----

<b>Día Mundial de la Salud Mental 2020</b>	175
--	-----

Modelo de Proclamación

Modelo de Punto de Prensa/Nota en Medios de Comunicación para Firmar  
Proclamación del Día Mundial de la Salud Mental

177

## Muro Virtual de Recaudación de Fondos

179

Pon un ladrillo en el muro

179

## Agradecimientos

180

### Equipo de traducción del inglés al español

Paula Albornoz, Lientur Alcamán Curivil, Miguel Arriagada Tudor, Rubén Alvarado, Claudia A. Cornejo-Araya, Juan Cortés Aravena, Camila Espinoza, Carolina González, María del Pilar Grazioso, Carlos Güida Leskevicius, Raquel del Socorro Guillén Riebeling, Daniel Jiménez Zulic, Johanna Kreither, Boris Lucero, Marinés Mejía Álvarez, Fátima Navarro Marín, Catherine Neira, Manuel Núñez, Juan Carlos Oliveros Chacana, Nadia Ramos, Carolina Salgado, Mayra Lizeth Salgado Espinosa, Laura Anahí Salgado Espinosa, Paula Soto Reyes, y Olga Toro Devia.

# Su Alteza Real Princesa Iman Afzan Al-Sultan Abdullah

## Patrocinadora

### DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL 2020

La pandemia del COVID-19 ha traído gran desorganización y desafíos inmensos alrededor de todo el mundo. Incertidumbre y mayores cambios en la forma que llevamos adelante nuestras vidas están teniendo un impacto considerable en nuestra salud mental. No obstante, permanezco optimista que existen luces de esperanza para la salud mental de la comunidad, a pesar de las adversidades.

Con la salud mental ahora en la primera línea, la pandemia ha aumentado la presión para abordar tanto los problemas nuevos como los ya existentes. Tampoco ha habido escasez de cobertura para mantenerme mentalmente saludable – por qué es importante, cómo puede hacerse, y cómo podemos apoyarnos los unos a los otros. El simple acto de preguntarle a un ser querido “¿Cómo estás?” ya no es subestimado. De alguna forma, COVID-19 ha roto las barreras y creado más consciencia sobre la salud mental, por lo que debemos asegurarnos de que estas conversaciones continúen en la “nueva normalidad” después de la pandemia.



Es en este contexto que siento que el tema **Salud Mental para Todos y Todas. Mayor Inversión – Mayor Acceso. Para cualquiera, en cualquier lugar...** es el más oportuno para el Día Mundial de la Salud Mental 2020.

Me enorgullece compartir que los sentimientos sobre salud mental están cambiando en Malasia. Una y otra vez me han abrumado los esfuerzos de mis compañeros para impulsar un enfoque de salud mental más holístico y de toda la sociedad.

A medida que Malasia sale de su propio confinamiento, hemos llegado a la conclusión que las comunidades y la sociedad en su totalidad podrían posiblemente estar más fragmentadas y polarizadas si las reformas de salud mental no son catalizadas entre los diferentes grupos de ingreso, y entre aquellos que recientemente están experimentando problemas de salud mental y aquellos que tienen condiciones pre-existentes. Estoy segura que esto no solo aplica únicamente a Malasia.

Con los esfuerzos en marcha para despenalizar el suicidio en casa, estamos comenzando a ver cierto reconocimiento de que aquellos que están más allá de la comunidad de la salud mental también deben hacer inversiones en salud mental. Tales inversiones necesitan no sólo ser económicas o financieras, pioneras o revolucionarias. Más bien que estas inversiones sean de nuestro tiempo, atención, amor y compasión, todo lo que puede ser realizado desde nuestra propia voluntad.

Primero, podemos aprender a ser empáticos hacia aquellos que están sufriendo, como también hacia sus familias. Podemos mejorar nuestra alfabetización de salud mental como el espectro es amplio, con claras diferencias entre problemas de salud mental y trastornos de salud mental.

Segundo, podemos mantener lo básico de la interacción humana – conexión emocional, comunicación cara a cara, amabilidad, entendimiento y consideración – para nutrir la resiliencia mental de aquellos que más lo necesitan.

Tercero, podemos ser conscientes del rol importante que las comunidades juegan en fomentar un sentido de cuidado y unidad. Al hacer nuestra parte como miembros en una sociedad, tengo la seguridad de que aumentaremos la consciencia sobre salud mental y romperemos con su estigmatización.

Estas inversiones no son solamente responsabilidad del gobierno, tampoco deberían ser los doctores los únicos que tengan la respuesta a este sufrimiento. Estas inversiones son responsabilidades de todos. Aún más importante, ellos sugieren que nosotros mismos somos un recurso desaprovechado en el cuidado de la salud mental.

Sin mayor inversión en salud mental, arriesgamos perder mayor acceso al cuidado de la salud mental.

En el tiempo que he pasado enfatizando los desafíos de la salud mental, se ha hecho evidente que el aumento de la concientización pública va de la mano con garantizar una atención en salud mental accesible.

La tarea encomendada para todos nosotros es identificar los desafíos que impiden buenas prácticas de atención de la salud mental; educar y entrenar a los proveedores de atención primaria y los equipos de la primera línea con las estrategias de primera ayuda de salud mental; y mejorar el sistema de atención de la salud mental en general para anticipar las futuras necesidades, tales como una pandemia.

Si bien el COVID-19 ha aumentado el foco en la salud mental, el balance de cómo un mayor acceso a la atención en salud mental puede mejorarse debe ser siempre un proceso continuo. Siempre podemos hacer más para fortalecer la respuesta de salud mental y apoyar nuestras comunidades.

Por último, la salud mental, la calidad de vida y el bienestar deberían ser vistos como indicadores adicionales de estándares de vida. Este es el nivel al que debemos aspirar a medida que nos movemos hacia la “nueva normalidad”.

Quisiera agradecer a la Federación Mundial de la Salud Mental por la oportunidad de ser la Patrocinadora del Día Mundial de la Salud Mental 2020.

Hasta el momento, mi trabajo se ha centrado en iniciar una conversación muy necesaria en Malasia sobre cómo modelamos una sociedad más atenta y compasiva. Me siento honrada de estar trabajando con la Federación Mundial de la Salud Mental y sus colaboradores para traer esta conversación a niveles más altos a nivel global.

Como la pandemia del COVID-19 está forzando al mundo entero a reiniciarse y reconstruir un mejor mañana, es mi esperanza que también pausemos y reflexionemos sobre cómo quisiéramos que fuera nuestro futuro.

Mis mejores deseos para el Día Mundial de la Salud Mental 2020.

Traducción: Carolina González  
Edición: Carolina Salgado



# SECCIÓN A

---

Introducción



## Prólogo de la Presidenta de la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH en su sigla en inglés)

### INGRID DANIELS

*Presidenta WFMH*

El Día Mundial de la Salud Mental, un programa de la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH en su sigla en inglés), anualmente crea conciencia en la comunidad global sobre los desafíos, brechas y prioridades en salud mental por medio de voces unificadoras y colaboradoras que apuntan a tomar acción, atender y crear cambios duraderos en un mundo donde necesitamos restaurar la dignidad de todos aquellos que viven con alguna dificultad en su salud mental.



El Día Mundial de la Salud Mental fue reconocido por primera vez el 10 de octubre de 1992 como una actividad anual de la federación para la salud mental dirigida a promover el apoyo a la salud mental y a educar al público en temas relevantes. Celebrado el 10 de octubre, provee una oportunidad de poner en el foco de atención los desafíos experimentados en la salud mental hoy en día en nuestro mundo.

El mundo como lo conocíamos ha cambiado dramáticamente, ya que experimentamos la inimaginable agitación sin precedentes de la pandemia de salud mundial del COVID-19, la que ha tenido un impacto en la salud mental de millones de personas. Nunca podríamos haber imaginado que un virus de esta naturaleza pudiera generar tanta devastación entre las naciones. Las duras y drásticas medidas de confinamiento implementadas en muchos países para reducir la transmisión, infección y muertes por COVID-19, vieron el refuerzo de medidas de aislamiento físico y distanciamiento convertirse en una nueva realidad que perturba las interacciones sociales naturales. En paralelo a las implicancias en lo emocional y en salud, se ha visto un desplome socio económico a gran escala mientras los mercados y economías se desestabilizan. El abrumador impacto del virus reveló y expuso las profundas desigualdades y niveles de pobreza experimentados por muchos, particularmente en los países de ingresos bajos y medios, causando aún más aflicciones mentales y vulnerabilidad. A primer plano fueron expuestos muchos males sociales tales como: el racismo, la violencia de género, entre otros.

Las consecuencias del COVID-19 se vieron opacadas por un panorama en salud mental ya muy sobrecargado en el que el número de personas viviendo con depresión o ansiedad aumentó cerca de un 50%, pasando de 416 millones a 615 millones (OMS, 2016). Sabemos que los trastornos mentales, neurológicos y de abuso de sustancias cobran un alto precio en los resultados de salud, y representan el 13% de la carga mundial total de enfermedad. (OMS, 2012). Una de cada cuatro personas se verá afectada por un trastorno mental en algún momento de sus vidas, aun así, la brecha de acceso a tratamiento sigue

siendo grande, con un 50% de personas con trastornos mentales en países de altos ingresos y un 85% de personas en países de ingresos bajos y medios que no tienen acceso a tratamiento. (OMS, 2012). Los frágiles sistemas de salud no han sido capaces de atender o enfrentarse con las grandes brechas en acceso a tratamiento y las necesidades de cuidado en salud mental. Hemos visto lo delicados que son los sistemas de salud ahora que son exigidos y desafiados por el aumento de la demanda de intervenciones de salud mental, como resultado de la pandemia.

Tristemente, la negación mundial y el fracaso en invertir en salud mental a lo largo de muchos años ha resultado en una situación vergonzosa en la que el acceso a tratamiento ha limitado los derechos individuales al bienestar y la salud, lo que se ha exacerbado por la crisis del COVID-19. La inadecuada respuesta para invertir y aumentar el acceso a salud mental ha resultado en un gran fracaso para asegurar que cada ciudadano pueda vivir una vida íntegra. La salud mental continúa siendo incomprendida, ignorada, estigmatizada, subfinanciada y pasada por alto. El COVID-19 ha sido en muchos aspectos un ecualizador y ha puesto en primer plano la necesidad de buenas intervenciones, respuestas y apoyo en salud mental durante este tiempo.

Teniendo en cuenta nuestra realidad y contexto actuales, el tema del Día Mundial de la Salud Mental no podría haber llegado en un momento más apropiado, ya que un llamado a la acción se vuelve fundamental.

### **Salud Mental para Todos y Todas Mayor Inversión – Mayor Acceso**

Las Naciones Unidas (2020) declararon que, “La buena salud mental es, en el mejor de los casos, crítica para el funcionamiento de la sociedad. Debe estar al frente y al centro de la respuesta y recuperación de la pandemia del COVID-19 de cada país. La salud mental y el bienestar de sociedades completas ha sido impactada severamente por esta crisis y es una prioridad que sea atendida urgentemente, (ONU, resumen de política, 2020).

El Foro de Economía Mundial (2018), destacó que los trastornos de salud mental están al alza en todos los países del mundo y podrían costarle a la economía cerca de \$16 trillones de dólares entre el 2010 y el 2030 si no se aborda la falta de respuesta colectiva. Nos estamos enfrentando con una crisis internacional de salud mental, una catástrofe inminente de la que hemos sido advertidos de antemano durante las últimas dos décadas. Sin embargo, se ha observado poco movimiento en el cambio de la agenda de inversión en salud mental a pesar del análisis del retorno de la inversión global y los beneficios económicos. De acuerdo al “Atlas de Salud Mental 2014” de la OMS, los gobiernos gastan un promedio de 3% de sus presupuestos de salud en salud mental, variando de menos de un 1% en países de bajos ingresos hasta un 5% en los países de altos ingresos. El valor de la inversión necesaria durante el período 2016-30 para ampliar el tratamiento, principalmente asesoramiento psicosocial y medicación antidepresiva, ascendió a 147.000 millones de dólares. (Chisholm, et al, 2016).

Sin embargo, los beneficios, superan con creces los costos. La OMS (2019) determinó que por cada \$1 dólar invertido en la ampliación de tratamiento para trastornos mentales comunes, hay un retorno de \$4 dólares en mejoras en salud y productividad. “A pesar de los millones de personas alrededor del mundo viviendo con algún trastorno de salud mental, esta ha permanecido en las sombras”, dijo Jim Yong Kim, Presidente del Grupo del Banco Mundial. A pesar de un aumento en la conciencia sobre la salud mental, la inversión se ha estancado en todo el mundo. Está claro que se necesita mayor movimiento y acción dentro de los países para aumentar el acceso a la salud mental para todos.

El Día Mundial de la Salud Mental, no es simplemente un evento de un solo día, nos brinda la oportunidad y la ventaja de llamar la atención de los gobiernos, los donantes, los responsables de la formulación de políticas y todas las partes interesadas para garantizar la adopción de medidas para una mayor inversión en salud mental.

Este año el llamado a la acción “Mayor inversión en salud mental” tiene que estar dirigido y no puede ser ignorado en el entorno actual de la pandemia de COVID-19. Es incuestionable que la salud mental es un derecho humano y, por tanto, ahora más que nunca, es tiempo de salud mental para todos. Cuidados en salud mental de calidad y accesibles es un derecho innegable y parte de las bases de la cobertura en salud universal. Cada nación - Cada voz necesita moverse y pedir por mayor inversión en salud mental. Nuestras activaciones claves durante las próximas semanas a través de nuestros esfuerzos y actividades coordinados con nuestros socios colaboradores garantizarán que este año tengamos el mayor impacto en el cambio de la agenda de inversión en salud mental.

Tenemos un solo simple llamado - tomémonos las manos y unifiquemos nuestras voces para impulsar la agenda de inversiones en salud mental para un mayor enfoque y acceso a la salud mental y, con ello, hacer de la salud mental una realidad para todos, para todos y todas, en todas partes.

La Comisión de Salud Mental y Desarrollo Sustentable The Lancet (2018) destacó que las metas de desarrollo sustentable no se pueden alcanzar sin hacer mejoras significativas en el tratamiento, prevención y promoción de la salud mental. Ellos identifican la salud mental como una prioridad humana y de desarrollo, proveyendo evidencia de que la salud mental está, efectivamente, al centro del desarrollo sustentable.

Podemos entonces concluir que no hay desarrollo sustentable sin salud mental. Todavía hay tiempo de limitar peores impactos y las consecuencias de la inacción, al ser audaces e invertir en la salud mental de todos.

*“La medida máxima de un hombre no es dónde se encuentra en momentos de comodidad y conveniencia, sino dónde se encuentra en tiempos de desafío y controversia.”*  
Martin Luther King Jr.

*El tiempo de actuar es ahora.*

***Salud Mental para Todos y Todas  
Mayor Inversión – Mayor Acceso***

**Dr Ingrid Daniels**  
Presidenta WFMH

Traducción: Paula Albornoz  
Edición: Catherine Neira



## Salud Mental: Invirtamos en Ella

### DÉVORA KESTEL

*Directora, Salud Mental y Uso de Substancias  
Organización Mundial de la Salud*

Actualmente vivimos en una época en la que la vida cotidiana de las personas en todo el mundo ha cambiado considerablemente debido a la pandemia de COVID-19. Muchas personas tienen miedo de infectarse, morir y perder familiares. Las personas se han distanciado físicamente de sus redes de apoyo y muchas están sufriendo la muerte de sus seres queridos. Millones de personas se enfrentan a problemas económicos, ya que han perdido o corren el riesgo de perder sus ingresos y medios de vida. Además, muchas poblaciones específicas continúan experimentando circunstancias particularmente desafiantes. Los trabajadores de la salud de primera línea y los socorristas están continuamente expuestos a factores estresantes complejos, en sistemas de salud que a menudo no están preparados y se encuentran sobrepasados. Las personas que viven con problemas de salud física o mental experimentan interrupciones significativas en su atención. En todas las comunidades, los adultos mayores, incluidos aquellos con problemas de salud subyacentes o con trastornos neurológicos, siguen siendo especialmente vulnerables.

Los niños y adolescentes se enfrentan también a una educación interrumpida y a la ambigüedad acerca de su futuro. Debido al estrés familiar y al aislamiento social, muchos han estado expuestos a tasas más altas de abuso o negligencia. No puede subestimarse el impacto de estas incertidumbres sin precedentes, que ocurren en puntos críticos de su desarrollo emocional y cognitivo.

Las mujeres también están llevando una pesada carga como resultado de la pandemia. La violencia de género también está aumentando, ya que muchas mujeres y niñas sufren el confinamiento en el hogar con sus abusadores, mientras que los servicios de apoyo a las sobrevivientes, en algunos casos, se han interrumpido.

Mientras tanto, las personas que se encuentran en entornos humanitarios frágiles corren el riesgo de que sus necesidades de salud y de salud mental sean completamente pasadas por alto. Debido a los

débiles sistemas de apoyo social y de salud, las personas en estas áreas ya experimentan un acceso limitado a la atención de salud mental y ahora enfrentan una adversidad aún mayor durante el COVID-19.

Incluso antes de la pandemia de COVID-19, casi mil millones de personas vivían con trastornos mentales y anualmente se perdía cerca de un billón de dólares por pérdida de productividad, debido únicamente a la depresión y la ansiedad. Dadas las experiencias pasadas con emergencias de salud pública, se espera que estas cifras aumenten sustancialmente y que la demanda de salud mental y apoyo psicosocial sea más grande que nunca.

En conjunto, estos factores son un retrato sorprendente de las necesidades urgentes de salud mental en todo el mundo en la actualidad. Desafortunadamente, estas necesidades son enfáticamente subrayadas por décadas de subinversión crónica en el campo de la salud mental, particularmente en los servicios comunitarios. En promedio, los países gastan menos del 2% de sus presupuestos de salud en salud mental, y el 80% de ese gasto se destina a hospitales de salud mental. Además, se estima que la asistencia internacional para el desarrollo para la salud mental representa menos del 1% de toda la asistencia para el desarrollo para la salud. Esto a pesar del hecho de que la atención basada en la evidencia para la depresión y la ansiedad por sí sola genera un retorno de la inversión de US \$ 5 por cada US \$ 1 gastado. Mientras tanto, el rendimiento de la atención en drogodependencia basada en la evidencia puede llegar a los US \$ 6.

Sin embargo, a pesar de estos desafíos, hoy se nos presenta una oportunidad histórica para colocar la salud mental en un lugar destacado de la agenda mundial. Antes de COVID-19, la salud mental estaba ganando terreno entre las prioridades de desarrollo global encapsuladas en los ODS (Objetivos de Desarrollo Sostenible), en el campo humanitario internacional y en el discurso de los derechos humanos. Luego, en junio de 2020, un grupo de 95 países envió una *Declaración Conjunta en apoyo del Informe de Política del Secretario General sobre COVID-19 y la Necesidad de Acción en Salud Mental* al 74o Presidente de la Asamblea General de las Naciones Unidas (ONU) y al Secretario General de la ONU. La declaración afirmó la necesidad de un mayor apoyo para la salud mental y pidió estrategias para garantizar que los gobiernos tomen las acciones necesarias para mitigar los impactos de COVID-19 en la salud mental.

Ahora más que nunca debemos aprovechar este impulso para hacer avanzar la salud mental. El Secretario General de la ONU, en su informe de política sobre la necesidad de actuar en salud mental, recomendó que los países tomen tres acciones: 1) aplicar un enfoque de toda la sociedad para promover, proteger y cuidar la salud mental; 2) asegurar una amplia disponibilidad de apoyo psicosocial y de salud mental de emergencia; y 3) apoyar la recuperación del COVID-19 mediante la creación de servicios de salud mental adecuados para el futuro. Afortunadamente, muchas de las herramientas y enfoques necesarios para implementar estas recomendaciones ya se han descrito en el Plan de acción integral de salud mental de la OMS. Sin embargo, hasta la fecha, la inversión y la implementación han sido limitadas. Es por eso que ahora debemos tomar medidas decisivas que demuestren que la salud mental para todos no es simplemente una noción para apoyar tácitamente, sino algo que requiere participación activa, compromiso práctico e inversión financiera.

Traducción: Nadia Ramos

Edición: Juan Carlos Oliveros Chacana



## WFMH y el Activismo Global por la Salud Mental

**PROFESOR GABRIEL IVBIJARO MBE JP**

*Secretario General WFMH*

Me es un gran placer como Secretario General y Director Ejecutivo de la Federación Mundial para la Salud Mental (WFMH) agradecer a cada uno de ustedes por su contribución a la promoción de la salud mental, y, particularmente su apoyo para el Día de la Salud Mental, sábado 10 de octubre, 2020.

La WFMH comenzó en Londres, Reino Unido en agosto de 1948, en un Congreso Internacional de Salud Mental. Apuntaba a promover la salud mental, la ciudadanía, el entendimiento mutuo por medio de la cooperación a través de las fronteras profesionales, el establecimiento los servicios de salud mental en todos los países del mundo y la promoción de la educación acerca de la salud mental, con el objetivo de empoderar a la gente que provee y que recibe servicios de salud mental.

En sus inicios, la WFMH reconoció la necesidad de destacar la excelencia otorgando premios por investigaciones importantes, publicaciones científicas y la iniciativa y excelencia destacada en los servicios de salud mental para inspirar a otros y elevar los estándares en salud mental.

Desde el inicio la WFMH, comprometió su apoyo y estímulo a las Naciones Unidas para presionar a las universidades para que establezcan cátedras de salud mental e institutos regionales de salud mental para la investigación, la capacitación y la educación pública.

Hemos visto una gran mejora en los estándares y la prestación de atención de salud mental para muchos ciudadanos del mundo desde 1948, y el perfil de la salud mental se ha elevado entre el público en general, pero aún queda un largo camino por recorrer.

La pandemia del coronavirus de este año ha afectado a todos y ha puesto en evidencia lo poco preparadas que se encuentran muchas naciones para atender el bienestar en salud mental durante tiempos de crisis global. La necesidad de la WFMH es tan importante hoy como lo fue en 1948.

El tema del Día Mundial de la Salud Mental de este año "*Salud Mental para Todos y Todas: Mayor Inversión, Mayor Acceso*" nos brinda la oportunidad de reafirmar los principios fundacionales de la Federación Mundial de Salud Mental. La familia WFMH no puede lograr esto sola. Cada uno de nosotros tiene que hacer su parte.

Continuamos necesitando de cada uno en el mismo espíritu colaborativo y necesitamos trabajar más allá de las barreras tradicionales como lo hicimos en 1948, forjando alianzas que puedan trabajar juntas para asegurar que logremos salud mental para todos. La Salud Mental importa.

Me he convertido en Secretario General y Director Ejecutivo de la WFMH en tiempos difíciles y he tenido que enfrentar muchos desafíos, algunos de ellos similares a los que enfrentaron los ciudadanos en 1948. La historia nos dice que trabajando juntos podemos superar nuestros desafíos y dificultades y construir una mejor sociedad.

Estoy agradecido de los previos Secretarios Generales que han partido, incluyendo a J.R. Rees (1948-1961), a Francois Cloutier (1962-1965), a Pierre Visseur (1965-1967), a G.M. Carstairs (1968-1972), a Michael Beaubrun (1972-1974), a Tsung-yi Lin (1975-1979), a Robert Beiser (1979-1983), a Eugene Brody (1983-1999), a Preston Garrison (2002-2009) y a Vijay Krishna Ganju (2010 -2012).

Estoy muy agradecido a los oficiales y presidentes de la WFMH, y a todos nuestros miembros individuales e institucionales por su continuo apoyo.

El Día de la Salud Mental establecido en 1992, no habría sido realidad sino fuera por el trabajo de Richard (Dick) Hunter, Secretario General Adjunto de la Federación Mundial de Salud Mental. Richard Hunter se basó en la buena voluntad de muchos para garantizar que nuestra celebración anual del Día Mundial de la Salud Mental el 10 de octubre se hiciera realidad. Con el productor televisivo Richard Leighton hizo una transmisión mundial de la característica central de las actividades mundiales. Posteriormente, la Organización Mundial de la Salud acordó convertirse en copatrocinadora, y el proyecto también fue apoyado por el Centro Carter, cuando la ex Primera Dama de los Estados Unidos, Rosalynn Carter, aceptó convertirse en Presidenta Honoraria del evento.

El Día Mundial de la Salud Mental ha contribuido a mejorar la alfabetización en Salud Mental. Hago un llamado a los medios de comunicación y redes sociales a unirse a nosotros y publicitar el tema de este año: *"Salud Mental para Todos y Todas: Mayor Inversión, Mayor Acceso."* Y pido a los ciudadanos, los responsables políticos y aquellos que pagan por servicios que hagan su parte.

Nadie es inmune a el sufrimiento mental, todos nos necesitamos los unos a los otros. La salud mental importa.

### **Profesor Gabriel Ivbijaro MBE JP**

MBBS MMedSci MA PhD FRCGP FWACPsych IDFAPA

Secretario General WFMH

Profesor, NOVA University, Lisbon Portugal

Miembro Invitado Honorario, Faculty of Management, Law and Social Sciences, University of Bradford

UK Presidente, El Proyecto de Dignidad Mundial

#mentalhealthmatters #saludmentalimporta

---

REFERENCIA

- Eugene B. Brody. The Search for Mental Health. A History & Memoir of WFMH 1948-1997. ISBN0-683-18346-X

Traducción: Paula Albornoz

Edición: Catherine Neira

# SECCIÓN B

---

Mayor Inversión – Mayor Acceso



# Gente Saludable 2030: La Integración de la Salud Mental en el Bienestar para Todos y Todas

**NICOLAAS P. PRONK<sup>1</sup>**

*PhD, MA*

**DUSHANKA V. KLEINMAN<sup>2</sup>**

*DDS, MScD*

**Contacto:**

Nicolaas P. Pronk, PhD, MA  
President, HealthPartners Institute  
Chief Science Officer, HealthPartners  
3311 E Old Shakopee Road  
Minneapolis, Minnesota 55425  
nico.p.pronk@healthpartners.com

## Gente Saludable 2030: La Integración de la Salud Mental en el Bienestar de Todos y Todas

### Introducción

La visión de la iniciativa Gente Saludable 2030 declara: “Una sociedad en la que todas las personas puedan alcanzar su máximo potencial en su salud y bienestar a lo largo de sus vidas” (1). Esta visión junto con la misión, principios fundamentales, y los objetivos alcanzables de Gente Saludable 2030 crean el marco y hoja de ruta para la quinta década de la iniciativa de los Estados Unidos (Cuadro 1). Este marco enfatiza y comprende la salud y, además el bienestar, brindando una mayor oportunidad y necesaria para mejorar y mantener la salud, incluyendo la salud mental.

---

1- President, HealthPartners Institute Chief Science Officer, Health Partners. Minneapolis, Minnesota. nico.p.pronk@healthpartners.com

2- Professor and Associate Dean for Research University of Maryland School of Public Health. Washington, DC. dushanka@umd.edu

## Marco para Gente Saludable 2030: Visión, Misión, Principios Fundacionales y Principios Principales

### Visión

Una sociedad en la que todas las personas alcancen su máximo potencial en su salud y bienestar a lo largo de sus vidas.

### Misión

Promover y evaluar el esfuerzo nacional en mejorar la salud y el bienestar de su gente.

### Principios Fundamentales

- La salud y el bienestar de la población y las comunidades son esenciales para una sociedad equitativa y altamente funcional.
- Alcanzar el máximo potencial en la salud y el bienestar de todos y todas proporciona beneficios valiosos para la sociedad, incluyendo bajos costos del cuidado de la salud en individuos y comunidades más prósperos e involucrados.
- Para lograr la salud y el bienestar, hay que eliminar las disparidades en la atención de salud, alcanzar la equidad en salud, y alcanzar conocimiento en salud.
- Los ambientes físicos, sociales y económicos saludables fortalecen el potencial para alcanzar la salud y el bienestar.
- Promover y alcanzar la salud y el bienestar de la nación es una responsabilidad compartida que debe ser distribuida entre todas las personas interesadas a nivel local, estatal, y nacional, incluyendo los sectores públicos, lucrativos y sin fines de lucro.
- Trabajar para alcanzar el máximo potencial en la salud y el bienestar de la población es un componente para la toma de decisiones y la formulación de políticas transversales a todos los sectores.
- Invertir para maximizar la salud y el bienestar de la nación es un uso crucial y eficiente de los recursos.

### Metas y Alcances

- Alcanzar vidas saludables con propósito, y bienestar.
- Alcanzar el conocimiento en salud, alcanzar la equidad en salud, eliminar las disparidades, y mejorar la salud y el bienestar de todas las poblaciones.
- Crear ambientes sociales y físicos que alcancen el máximo potencial para la salud y el bienestar de todos y todas.

Los principios fundacionales del marco hacen hincapié en las dimensiones de la salud física, mental y social que componen los esfuerzos conjuntos de promover la salud y el bienestar y prevenir la enferme-

dad (Ver Tabla 1). El foco en alcanzar la equidad en salud y eliminar las disparidades en salud se continúa enfatizando y se ha agregado una mayor visibilidad por alcanzar el conocimiento en salud. Además, la necesidad por una responsabilidad compartida es enfatizada al subrayar la necesidad por múltiples sectores diversos para trabajar juntos en varios contextos. Finalmente, una perspectiva amplia y una mirada integrada de las consideraciones de salud y de bienestar se proponen en toma de decisiones y formulaciones de políticas.

## Salud y Bienestar

No fue ninguna casualidad que la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH en su sigla en inglés) se haya formado el mismo año que la Organización Mundial de la Salud (OMS), con la definición de salud incluida en el preámbulo de su constitución (1948). La definición de salud de la OMS –“el estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedad” – continúa inspirando la iniciativa Gente Saludable. Con el fin de estimular mayores acciones para promover la salud y reconocer la importancia de abordar el impacto de los determinantes de la salud, el término “bienestar” fue agregado para acompañar los aspectos más allá de las condiciones físicas y mentales. El bienestar se compone de múltiples elementos, algunos de los cuales se superponen con la salud, pero también incluye “elementos emocionales, sociales, financieros, ocupacionales, intelectuales y espirituales.” La salud y el bienestar son definidos por Gente Saludable 2030 por “como las personas piensan, sienten, y funcionan – a nivel personal y social – y como evalúan sus vías como un todo” (2). Para que los individuos y sus comunidades alcancen su total potencial por “salud y bienestar”, se requiere el involucramiento activo y la colaboración entre las diversas personas interesadas. Es a través de su impacto colectivo que la salud y el bienestar pueden ser alcanzados plenamente.

Los aspectos de seguridad, prosperidad, relaciones afectivas y sentido de la intención contribuyen en la condición mental y física como parte de la persona, están directamente afectando el bienestar y también inciden en la salud (3-5). La interdependencia que se lleva a cabo entre Se considera determinante el bienestar para mantener un estado saludable (6). La motivación y unión que produce el construir el bienestar, para muchas personas es aún más importante que la salud. Lo que pensamos influye al “cómo nos sentimos”, y la manera en que nos sentimos afecta la manera en de nuestro comportamiento, a la vez refleja el estado espiritual, integral del cuerpo y mente, reconociendo la interdependencia en otros esos mismos elementos (7). Además, la definición del bienestar y la salud funciona a niveles distintos. La salud y el bienestar son afectados por múltiples factores relacionados con la edad, su medio ambiente, donde nacieron y viven, en que laboran, aprenden, juegan, así como las creencias que practican.

En aras de promover “el bienestar y la salud” se requiere comprender los valores sociales y mejorar las condiciones de vida. Obtener resultados deseados dentro de las comunidades y naciones se considera abordar de manera multifactorial las circunstancias socio culturales, políticas, psicosociales y de com-

portamiento. Para rendir frutos se requieren recursos se hace un llamado al apoyo social y psicológico, el origen de la mala salud también incluye la salud mental. Así como conocer las causas del estrés; enfocar y priorizar en mitigar la escasez de los elementos básicos como de la alimentación, habitación, transporte, la exclusión o presiones sociales, de modo que se puedan atender.

## Salud Mental

La iniciativa Gente Saludable es una hoja de ruta basada en la ciencia con objetivos y metas medibles específicos para guiar la acción de individuos, comunidades y personas interesadas en mejorar la salud mental. Desde su lanzamiento en 1980, cada edición de Gente Saludable, incluyendo Gente Saludable 2000, Gente Saludable 2010, Gente Saludable 2020, y Gente Saludable 2030 ha incluido la salud mental como parte de los objetivos. En cada década han crecido los elementos relevantes a la salud mental y se suman nuevos factores y alcances. A pesar de que en las declaraciones de la edición de 1990 no se hacía mención específicamente a la salud mental, temas como el control de sustancia adictivas, alcoholismo, comportamiento violento y estrés si se mencionan. Al cabo del tiempo, en cada década se incluyen las patologías mentales con mayor precisión dentro la salud mental. En Gente Saludable 2010 y Gente Saludable 2020 la salud mental fue seleccionada como un Indicador Principal de Salud, uno de un pequeño grupo de objetivos altamente prioritarios. Además, se incorporaron más temas relacionados con la salud mental. En Gente Saludable 2020, los objetivos relacionados con la salud mental incluyeron acceso a servicios de salud, salud juvenil, prevención de las lesiones y violencia, abuso de sustancias, además de programas educativos y basados en la comunidad. Ahora en el programa Gente Saludable 2030 se le da un giro hacia el bienestar y la salud, que incluye un área temática dedicada a la salud mental con catorce Objetivos Principales, un Objetivo de Desarrollo, y dos Objetivos de Investigación. La Tabla 1 presenta los objetivos de Salud Mental y Trastornos Mentales de Gente Saludable 2030 con base de referencia y metas, fuentes de datos, e información adicional contextualizada.

Tabla 1: Objetivos Determinantes Sociales de la Salud Mental Gente Saludable 2030

### Los Objetivos de la Salud Mental y Trastornos Mentales (MHMD en su sigla en inglés)

8 Objetivos Principales; 1 Objetivo de Desarrollo; 1 Objetivo de Investigación



**Objetivos Principales**

ID Final	Objetivo	Título Corto	Enunciado Base Referencial	Meta	Método para Alcanzar Meta	Fuente de Datos
MHMD-01W	Reducir la tasa de suicidios	Reducir la tasa de suicidios	14.2 suicidios por 100,000 población ocurridos en 2018 (Edad ajustada al año 2000 standard población)	12.8 por 100,000	Mejora en el Porcentaje	Estadísticas Nacionales Sistema Vital – Mortalidad (NVSS-M), CDC/ NCHS; Población Estimaciones, Censo
MHMD-02	Reducir los intentos de suicidios en adolescentes	Reducir suicidios en adolescentes	En el reporte de 2017, ocurrieron 2.4 intentos de suicidio por cada 100 dentro de la población de estudiantes en nivel preparatoria	1.8 %	Significancia estadística mínima	Sistema de Vigilancia Comportamiento Juvenil en Riesgo Youth Risk Behavior Surveillance System (YRBSS), CDC/ NCHHSTP
MHMD-03	Aumentar el porcentaje de niños con padecimientos mentales que reciben tratamiento	Aumentar el tratamiento a niños con padecimientos mentales	73.3 % de los niños entre la edad de 4 a 17 años recibieron tratamiento	82.4 %	Proyección	Encuesta de entrevistas Nacional de la Salud National Health Interview Survey (NHIS), CDC/ NCHS
MHMD-04	Aumentar el porcentaje de adultos con padecimientos mentales serias que reciben tratamiento	Aumentar tratamiento a adultos con padecimientos mentales serias	64.1 % de los adultos mayores de 18 años recibieron tratamiento en 2018 con SMI	68.8 %	Mejoras en punto de porcentaje	Encuesta Nacional uso de narcóticos National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), SAMHSA
MHMD-05	Aumentar el porcentaje de adultos con episodios depresivos que reciben tratamiento	Aumentar tratamiento a adultos con depresión	64.8 % de los adultos mayores de 18 años recibieron tratamiento en 2018 con MDEs	69.5 %	Mejoras en punto de porcentaje	Encuesta Nacional uso de narcóticos National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), SAMHSA

ID Final	Objetivo	Título Corto	Enunciado Base Referencial	Meta	Método para Alcanzar Meta	Fuente de Datos
MHMD-06	Aumentar el porcentaje de adolescentes con episodios depresivos severos que reciben tratamiento	Aumentar tratamiento a adolescentes con episodios depresivos severos	41.4 % de adolescente entre 12 y 17 años de edad recibieron tratamiento en 2018 con MDEs	46.4 %	Mejoras en punto de porcentaje	Encuesta Nacional uso de narcóticos National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), SAMHSA
MHMD-07	Aumentar el número de personas que reciban tratamiento por ambos incidentes; patologías mentales y abuso de sustancias.	Aumentar la cantidad de personas que reciban tratamiento por patologías mentales y abuso de sustancias	En 2018, 3.4 % adultos mayores de 18 años de edad recibieron tratamiento especializado para el abuso recurrente de narcóticos y afectación mental	8.2 percent	Mínima significancia estadística	Encuesta Nacional uso de narcóticos National Survey on Drug Use and Health (NSDUH), SAMHSA
MHMD-08	Aumentar el número de visitas a oficinas de atención primordial a adolescentes y adultos con depresión para ser examinados.	Aumentar el número de oficinas para atención a adolescentes y adultos con depresión.	En el 2016, 8.5 % de las visitas a la oficina, fue para diagnosticar y evaluar estados de depresión en personas mayores de 12 años	13.5 percent	Mínima significancia estadística	Encuesta Nacional de Cuidados Médicos Ambulatorios National Ambulatory Medical Care Survey (NAMCS), CDC/NCHS

### Objetivos de Desarrollo

ID Final	Objetivo	Título Corto
MHMD-D01	Aumentar atención e identificación de jóvenes con perturbación emocional severa (Serious Emotional Disturbance, SED en sus siglas en inglés)	Aumentar atención a jóvenes con perturbación emocional severa.

### Objetivos de Investigación

ID Final	Objetivo	Título Corto
MHMD-R01	Aumentar la atención a personas adultas indigentes con afectaciones mentales y de salud.	Aumentar la proporción atención a personas adultas indigentes con afectaciones mentales y de salud.

**Determinantes Sociales de la Salud (SDOH en su sigla en inglés)**

6 Objetivos Principales, 0 Objetivos de Desarrollo; 1 Objetivo de Investigación

**Objetivos Principales**

ID Final	Objetivo	Título Corto	Enunciado Base Referencial	Meta	Método para Alcanzar Meta	Fuente de Datos
SDOH-01	Disminuir la cantidad de personas viviendo en indigencia	Disminuir la cantidad de personas viviendo en la pobreza	En 2018, 11.8 % personas viven bajo pobreza extrema	8.0 %	Proyección	Suplemento de Censos y encuestas Sociales y Económicas Anuales poblacionales Current Population Survey Annual Social and Economic Supplement (CPS-ASEC), Census and DOL/BLS
SDOH-02	Aumentar el empleo entre la población en edad productiva	Aumentar el empleo entre la población en edad productiva	En 2018, 70.6 % se encontraban empleados personas entre 16 a 64 años de edad	75.0 %	Mejoras en punto de porcentaje	Suplemento de Censos y encuestas Sociales y Económicas Anuales poblacionales
SDOH-03	Aumentar el número jóvenes viviendo con al menos un padre o madre empleado de tiempo completo y todo el año.	Aumentar el número jóvenes viviendo con al menos un padre o madre empleado de tiempo completo y todo el año.	En el 2017, 77.9 % de jóvenes de 17 años de edad, viviendo con al menos un padre o madre empleado de tiempo completo y todo el año	85.1 %	Proyección	Suplemento de Censos y encuestas Sociales y Económicas Anuales poblacionales (CPS-ASEC), Census and DOL/BLS
SDOH-04	Reducir la proporción de familias que gastan habitación más del 30% de sus ingresos.	Baja gastos en habitación de las familias mayor a 30% de sus ingresos.	En 2017, 34.6 % de familias gastaron en habitación más del 30% de sus ingresos.	25.5 %	Mejoras en porcentaje	Encuesta Habitacional Americana American Housing Survey (AHS), HUD & Census
SDOH-05	Reducir el número de jóvenes cuyos padres o tutor estén o hayan sido sentenciados o detenidos.	Reducir número de jóvenes cuyos padres o tutor estén o hayan sido detenidos	En 2016-17, 7.7 % de jóvenes de 17 años y menores a esta edad padecieron la detención de algún miembro tutelar o padre de familia	5.2 %	Mejoras en porcentaje	Encuesta Nacional para la Salud Infantil National Survey of Children's Health (NSCH), HRSA/MCHB

ID Final	Objetivo	Título Corto	Enunciado Base Referencial	Meta	Método para Alcanzar Meta	Fuente de Datos
SDOH-06	Incrementar el número de estudiantes que ingresan en el mes de octubre a la Universidad o Escuela Superior después de egresar del nivel preparatoria o bachiller	Incremento en la proporción de estudiantes graduados de Secundaria en los colegios después de la graduación del mes de octubre.	En 2018, 69.1 % de estudiantes se inscribieron en octubre a la Universidad o escuela superior después de egresar del nivel preparatoria o bachiller	73.7 %	Proyección	Censo y Encuesta Poblacional Current Population Survey (CPS), Census and DOL/BLS

### Objetivos de Investigación

ID Final	Objetivo	Título Corto
SDOH-R01	Aumentar la proporción de fuentes de información federal que recopilan información del país de nacimiento como una variable	Aumentar la proporción de recursos de datos federales que incluyen país de nacimiento

El año 2020 no solo marca el lanzamiento de Gente Saludable 2030, sino que también un año durante el cual ha habido un impacto sin precedentes en la salud y el bienestar globales como resultado del impacto global de la pandemia del COVID-19 y las manifestaciones en contra de la discriminación y el racismo estructurales. Estos y otros retos nutren nuestro empeño para proveer apoyo a los esfuerzos colectivos para alcanzar el bienestar y la salud. La Federación Mundial de Salud Mental (WFMH en su sigla en inglés) se encuentra bien posicionada para proveer los servicios de tratamiento y preventivos, activismo, y concientización que son esenciales para los padecimientos mentales y Gente Saludable 2030 puede ser un esfuerzo bien alineado para alcanzar nuestras metas compartidas.

### REFERENCIAS

1. Healthy People 2030 Framework. Available at: <https://www.healthypeople.gov/2020/About-Healthy-People/Development-Healthy-People-2030/Framework>
2. Issue Briefs to Inform Development and Implementation of Healthy People 2030. Available at: [https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HP2030\\_Committee-Combined-Issue%20Briefs\\_2019-508c\\_0.pdf](https://www.healthypeople.gov/sites/default/files/HP2030_Committee-Combined-Issue%20Briefs_2019-508c_0.pdf)
3. Diener E. The Science of Well-Being: The Collected Works of Ed Diener. Dordrecht, Netherlands: Springer; 2009.
4. Kottke TE, Stiefel M, Pronk NP. "Well-being in all policies": promoting cross-sectoral collaboration to improve people's lives. *Prev Chronic Dis.* 2016;13:E52. doi: 10.5888/pcd13.160155
5. Diener E, Seligman ME. Beyond money: toward an economy of well-being. *Psychol Sci Public Interest.* 2004;5:1–31. doi: 10.1111/j.0963-7214.2004.00501001.x
6. World Health Organization. Measurement of and target setting for well-being: An initiative by the WHO Regional Office for Europe. Second meeting of the expert group; Paris, France, 25–26, June 2012. Available at: [http://www.euro.who.int/data/assets/pdf\\_file/0009/181449/e96732.pdf](http://www.euro.who.int/data/assets/pdf_file/0009/181449/e96732.pdf)
7. Sen, A. K. (1999). *Development as freedom*. New York, NY: Anchor Books.

Traducción: Raquel del Socorro Guillén Riebeling  
Edición: Daniel Jiménez Zulic, Carolina González

# Mejorar el acceso a las terapias psicológicas – más necesario que nunca

**ANTHONY DOWELL**

*MB.ChB. Profesor de Atención Primaria en Salud.*

## Introducción

El COVID-19 y las inquietudes económicas y sociales asociadas representan un desafío global en desarrollo para la salud mental. La evidencia preliminar de muchos países sugiere un aumento de las tasas de aflicción mental como resultado directo de la ansiedad, el trauma del COVID-19 y el impacto indirecto de las crisis económicas<sup>1 2</sup>. Más que nunca, existe la necesidad de mejorar el acceso a las terapias psicológicas, dada la conocida evidencia de su efectividad para una variedad de problemas y aflicciones de salud mental y angustia<sup>3</sup>.

A pesar de la presión sobre los servicios de salud y el trauma a las personas, la crisis actual también ha mostrado oportunidades para introducir innovación y mejorar las formas existentes de acceder a la atención de salud mental.

La cuarentena y el encierro que han sido característicos de COVID-19 han generado un mayor interés en proveer acceso remoto y virtual a la atención médica en muchos países y contextos diferentes, incluyendo la salud mental<sup>4</sup>.

Ahora, más que nunca, existe la necesidad de aumentar el acceso a las terapias psicológicas y considerar cómo las innovaciones pueden potenciar su alcance y efectividad.

En muchos países, la última década ha visto un fortalecimiento de los servicios de terapia psicológica. En el Reino Unido, por ejemplo, el servicio de Mejoramiento del Acceso a Terapias Psicológicas (IAPT, por sus siglas en inglés)<sup>5</sup> condujo a un aumento significativo en el uso de terapeutas psicológicos y

1- Wang C, Pan R, Wan X, et al. Immediate psychological responses and associated factors during the initial stage of the 2019 coronavirus disease (COVID-19) epidemic among the general population in China. *International journal of environmental research and public health* 2020;17(5):1729.

2- Nicola M, Alsaifi Z, Sohrabi C, et al. The socio-economic implications of the coronavirus and COVID-19 pandemic: a review. *International Journal of Surgery* 2020

3- Bower P, Gilbody S. Stepped care in psychological therapies: access, effectiveness and efficiency: narrative literature review. *The British Journal of Psychiatry* 2005;186(1):11-17.

4- Jore JH, Schneck CD, Mishkind MC. Telepsychiatry and the Coronavirus Disease 2019 Pandemic—Current and Future Outcomes of the Rapid Virtualization of Psychiatric Care. *JAMA psychiatry* 2020

5- Clark DM. Implementing NICE guidelines for the psychological treatment of depression and anxiety disorders: the IAPT experience. *International review of psychiatry* 2011;23(4):318-27.

evidencia de beneficios tanto clínicos como económicos<sup>6</sup>. Asimismo, el Reino Unido también ha desarrollado un modelo para niños y jóvenes de IAPT (CYP-IAPT) con el fin de prestar atención a las necesidades de los jóvenes<sup>7</sup>.

## Un estudio de caso sobre mejorar el acceso a terapias psicológicas para los jóvenes en Nueva Zelanda.

En 2019, el Ministerio de Salud encargó una iniciativa piloto de prestación de servicios diseñada para aumentar el acceso de los jóvenes de 18 a 25 años a una gama de terapias psicológicas integradas y apoyos dentro de un modelo existente de atención escalonada en la atención primaria<sup>8</sup>. La iniciativa se denominó “Piki”, una palabra indígena maorí que significa tanto apoyar o ayudar como escalar o ascender.

Piki fue diseñado con las siguientes innovaciones:

- Co-diseñado con usuarios y entre múltiples socios involucrados en el Proyecto.
- La introducción de interacciones “entre pares” y compromiso terapéutico.
- El uso de una plataforma digital y una aplicación, que se utiliza para la recolección de datos, pero también como una opción de terapia para el proyecto.
- Una metodología de evaluación que permitiría la retroalimentación en múltiples puntos de tiempo durante el marco temporal del proyecto y que hace posible “correcciones de curso” al proyecto.
- Enfoque principal en equidad de acceso a los servicios, especialmente para las comunidades difíciles de alcanzar, y énfasis en las habilidades de autogestión y resiliencia.

### Co-diseño

Una innovación importante de Piki es el uso de principios de co-diseño en el desarrollo, implementación y evaluación del proyecto<sup>9</sup>. Se utilizó un co-diseño con usuarios del servicio y múltiples socios del proyecto con el fin de desarrollar los requisitos de medición para la práctica y evaluación clínica, marketing y modificación continua de rutas de los usuarios del servicio.

6- Clark DM. Realizing the mass public benefit of evidence-based psychological therapies: the IAPT program. *Annual Review of Clinical Psychology* 2018;14

7- Fonagy P, Clark DM. Update on the Improving Access to Psychological Therapies programme in England: Commentary on... Children and Young People’s Improving Access to Psychological Therapies. *BJPsych bulletin* 2015;39(5):248-51.

8- Dowell A, Garrett S, Collings S, et al. Evaluation of the primary mental health initiatives: Summary report 2008. *Wellington: University of Otago and Ministry of Health* 2009

9- Slay J, Stephens L. Co-production in mental health: A literature review. *London: new economics foundation* 2013.

El equipo de evaluación está utilizando un acercamiento coproducido para la evaluación, con un número igual de miembros del equipo que son académicos de los usuarios de servicios y apoyo del grupo asesor de usuarios de servicios para jóvenes<sup>10</sup>.

Las contribuciones de los jóvenes y usuarios del servicio se realizaron a través de dos rutas. Se creó un grupo de referencia de usuarios del servicio para apoyar el proceso de co-diseño, con un enfoque específico en la evaluación. Sus miembros son jóvenes que han vivido experiencias de angustia mental y experiencia de servicios de atención primaria como resultado. Un grupo de referencia juvenil proporciona un consejo más general en términos de cultura juvenil, medio ambiente, comunicación, accesibilidad y marketing.

El espíritu del co-diseño se ha mantenido fuerte, pero hay reconocimiento de tensión entre la entrega de un proyecto desde una plataforma de servicios existentes y un menú establecido de innovación, comparado con la adopción de nuevas direcciones y prioridades identificadas a través del proceso de co-diseño.

En un proyecto dedicado a mejorar el servicio a los jóvenes ha sido importante escuchar la voz de los grupos de referencia juveniles cuando han sentido que no se les escucha, y cuando se sintió que ya se habían decidido aspectos fundamentales del modelo de atención.

## Un proyecto integrado con foco en la innovación tecnológica digital

Piki se ha integrado con la práctica general, locales únicos para jóvenes e instituciones terciarias para permitir la prestación de servicios en el lugar, reserva inmediata de hora y tiempos de espera cortos.

El proyecto opera en torno a una plataforma digital que consta de una aplicación y un sitio web. La aplicación incluye acceso directo a la evaluación clínica y las medidas de resultado, así como los resultados de la sesión de terapia psicológica. También proporciona recursos, incluyendo herramientas de seguimiento, un diario del estado de ánimo, una comunidad en línea y una instalación para que los terapeutas y clientes se envíen mensajes.

## Priorizando a aquellos en mayor necesidad

10- Gordon S, Dowell T, Fedchuk D, et al. Reflections on allyship in the context of a co-produced evaluation of a youth-integrated therapies mental health intervention. *Qualitative Research in Psychology* 2020:1-15.



Debido a preocupaciones sobre las poblaciones jóvenes indígenas maoríes y pasifikas, y los grupos vulnerables, el proyecto dio prioridad a aquellos grupos en el lanzamiento inicial, en la difusión del sitio web y la promoción del desarrollo de fuerza laboral maorí y pasifika.

Como ocurre con muchos proyectos, puede haber tensión en la priorización entre diferentes grupos; en este caso gestionando inicialmente la demanda de alto volumen de una gran población estudiantil en la zona de captación del proyecto. El marketing específico de mensajes de texto y redes sociales para maoríes y pasifikas, junto con la designación local adicional de mano de obra maorí y pasifika, ha ayudado a restablecer el equilibrio.

## Un programa de apoyo entre pares

Los pares de apoyo son trabajadores no clínicos con sus propias experiencias de angustia mental y adversidad que acompañan a una persona para navegar por los servicios y apoyar sus objetivos personales y sociales en un viaje hacia el bienestar y la recuperación<sup>11</sup>.

Temprano en el desarrollo del proyecto, una organización de pares trabajó con el grupo de usuarios del servicio y con los grupos maorí y pasifika para co-diseñar el servicio entre pares desarrollando un programa diseñado para ver a los clientes por un promedio de seis a diez semanas.

El desarrollo exitoso del apoyo entre pares implicó la negociación de una serie de asuntos, incluidos los procedimientos de redes de seguridad para las autolesiones o la ideación suicida y cómo los compañeros daban apoyo

## Piki y COVID-19

La pandemia COVID-19 alteró muchos de los procesos en Piki, pero hubo beneficios potencialmente positivos para algunos de los cambios. En dos semanas, Piki fue capaz de soportar cambios para completar el trabajo virtual y remoto usando plataformas telefónicas y digitales. Muchos trabajadores de la salud y usuarios del servicio estuvieron agradecidos de esta forma de proveer y recibir terapia. También es instructivo que habiendo logrado introducir nuevas formas de trabajar, existe un deseo en muchos usuarios del servicio de volver a las formas presenciales de recibir terapia, y es importante explorar más a fondo las razones de esto.

11- Asad S, Chreim S. Peer support providers' role experiences on interprofessional mental health care teams: A qualitative study. *Community mental health journal* 2016;52(7):767-74.

## Conclusión

Este Proyecto de salud mental juvenil contiene numerosas innovaciones y ambiciosos objetivos de integración de servicios, que lo hacen un caso a estudiar con potencial aprendizaje útil tanto para los escenarios locales como internacionales.

Piki ha demostrado que es posible iniciar en forma exitosa nuevas innovaciones desde una plataforma de servicios habituales en un marco temporal relativamente corto, utilizando principios de co-diseño, y de reconocimiento de la complejidad e indagación<sup>12</sup> sensible para negociar tensiones y desafíos. Reconocer esa complejidad proporciona más aprendizaje para el escalamiento de tales iniciativas, ya que particularmente en un mundo posterior al COVID-19 llegarán problemas inesperados y, aunque es probable que algunos de estos sean identificables en una etapa temprana de planificación, muchos otros serán 'predeciblemente impredecibles'.

Uno de los principales contribuyentes al éxito de Piki hasta el momento ha sido la voluntad de muchos socios diferentes de trabajar con los usuarios del servicio y continuar cooperando en un proyecto con muchas hebras de complejidad. Esto se ha logrado tratando de tener valores fundamentales de amabilidad y compasión en el corazón de toda actividad.

Equipo de Evaluación Piki. Tony Dowell, Maria Stubbe, Sarah Gordon Fiona Mathieson, Dasha Fedchuk, Tracey Gardiner, Sue Garrett, Jo Hilder & Rachel Tester

Acceda a Piki <https://piki.org.nz/>

Traducción: Daniel Jiménez Zulic

Edición: Raquel del Socorro Guillén Riebeling

## Invertir en terapias psicológicas – el modelo del Reino Unido

### PROFESSOR BENJAMIN WRIGHT

*BSc MB BS MSc (Psiquiatría) MSc (Terapia de Pareja y Psicosexual) FFCI FRCPsych*

El programa del Servicio Nacional de Salud del Reino Unido (NHS, por sus siglas en inglés) para mejorar el acceso a las terapias psicológicas (IAPT, por sus siglas en inglés) ha creado servicios de terapia de conversación en cada localidad de Inglaterra. Las personas pueden concurrir directamente a su servicio local y recibir tratamiento psicológico basado en evidencia para su condición de salud mental común y más de la mitad se recupera de su condición.

La inversión necesaria para lograr esta amplia intervención en la población en edad de trabajar genera un retorno sustancial de la inversión. Además de una mejor calidad de vida e ingresos, un ahorro del gobierno de £ 13,382 por persona que regresa al trabajo a precios de 2020 (Baah, 2017) a un costo de tratamiento promedio ajustado para 2020 de £ 1,011 por persona (Radhakrishnan et al., 2013). Con beneficios similares para quienes conservan el empleo y mejoran la productividad.

Los servicios de IAPT brindan acceso a intervenciones psicológicas basadas en evidencia para condiciones comunes de salud mental, específicamente depresión y trastornos de ansiedad. Esto se funda centralmente sobre la base de que es rentable para el gobierno (Bell et al., 2006). Las intervenciones varían en intensidad desde baja intensidad (que consiste principalmente en autoayuda guiada y TCC computarizada) hasta intervenciones psicológicas estándar de alta intensidad (principalmente intervenciones psicológicas estructuradas formales individuales). La mayoría de las intervenciones provienen de la terapia cognitivo-conductual (esta formula la enfermedad de salud mental como un trastorno de los patrones de comportamiento y pensamiento y busca que la persona se vuelva autosuficiente para identificarlos y cambiarlos). También incluyen terapia interpersonal dinámica, consejería para depresión y terapia de pareja para depresión.

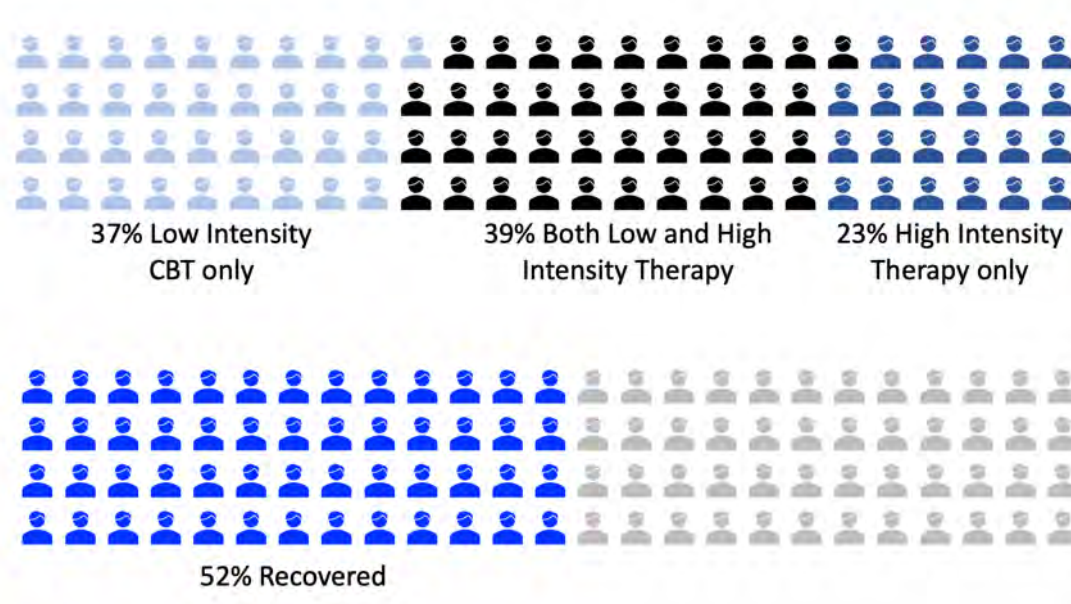
Este documento establece:

1. Un resumen de lo que entregan los servicios de IAPT a nivel Nacional.
2. Los factores Nacionales y Locales que apoyan la entrega.
3. Algunos de los desafíos de entregar un servicio IAPT y como esto puede ser abordado.

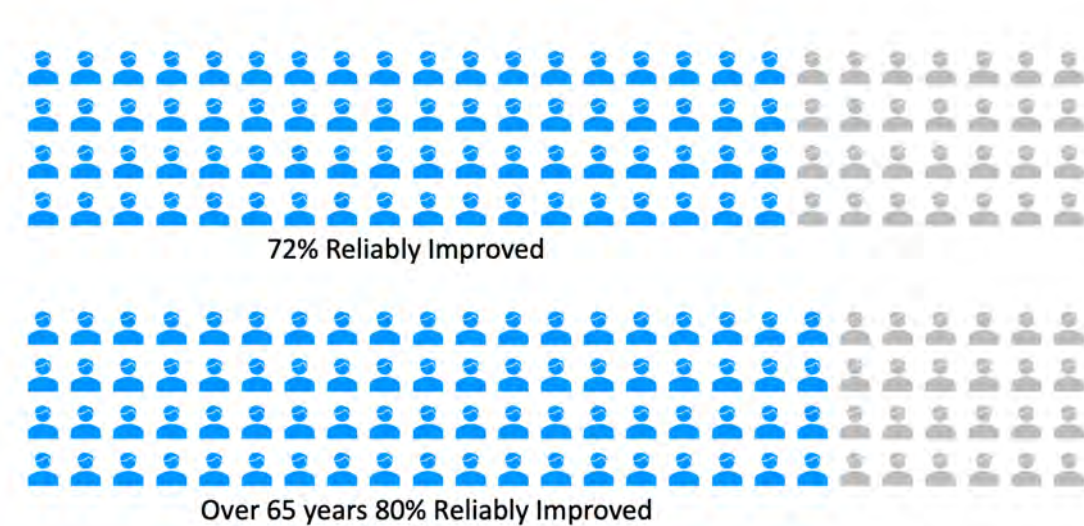
## La Imagen Nacional

Los datos sobre IAPT están disponibles públicamente<sup>1</sup>:

- Servicios IAPT recibió más de 1.5 millones de derivaciones cada año buscando llegar a 1.9 hacia el 2023/24.
- IAPT entrega actualmente acceso a un 20% de la población inglesa con depresión o un trastorno de ansiedad.
- Los pacientes recibieron un promedio de siete sesiones de terapia.
- La tasa de inasistencia a citas fue 10-11%.
- Sobre el 99% completó las medidas de resultado.
- Aproximadamente un tercio recibió terapia de baja intensidad.
- Aproximadamente un cuarto recibió terapia de alta intensidad.
- Aproximadamente 2/5 recibieron tanto terapia de baja como de alta intensidad.
- Sobre el 70% mostró una “mejoría confiable” en sus medidas de resultado.
- Usando la primera y última medida realizadas, la proporción que dejó de superar el punto de corte clínico tanto en las medidas de depresión como de ansiedad comenzó cerca de 45% en 2013 y aumentó gradualmente alcanzando and 52% en 2019 (tasa de recuperación).
- La espera promedio hasta la evaluación es alrededor de 20 días, con sobre 87% de las personas esperando menos de 6 semanas.



1- <https://fingertips.phe.org.uk/search/IAPT>



## Factores que apoyan la entrega

La tecnología, el personal y los recursos son tres elementos clave que apoyan el desarrollo del programa.

Los sitios de demostración exitosos (Clark et al., 2009) crearon el modelo clínico final, y el refinamiento subsecuente se capturó en un manual de IAPT2 permitiendo que los servicios se configuren de manera consistente y efectiva. Los registros de salud electrónicos desarrollados comercialmente (IAPTus y PCMIS) fueron críticos para hacer posible el gran volumen de entrega con la recolección de datos de rutina. Un marco de recopilación de datos acordado y bajo mandato centralizado minimizó la sobrecarga digital y aseguró medidas de resultado directamente comparables que deben ser enviadas por cada servicio cada mes a través de un portal digital central. La gestión de estos complejos sistemas está respaldada por informes de datos en tiempo real integrados en los sistemas clínicos. La imagen a continuación es un panel de rendimiento de tiempo de IAPTus proporcionado por Mayden Health Ltda.

2- <https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2020/05/iapt-manual-v4.pdf>



El flujo de trabajo de la fuerza laboral que apoya a IAPT ha significado una subcapacitación sustancial. El financiamiento central apoyó la provisión de cursos pagados con un empleo de plazo fijo para los estudiantes en los servicios donde muchos trabajan posteriormente. En julio de 2017 había 5.200 clínicos y 2600 funcionarios no clínicos de servicios de apoyo<sup>3</sup>. El programa capacitó a una proporción sustancial de los clínicos. El personal sigue recibiendo supervisión experta y desarrollo profesional continuo para crear una fuerza laboral eficaz, lo que cimienta tanto la competencia como la capacidad del programa.

Los servicios de IAPT se financian localmente con una asignación del centro. Cada servicio se encarga localmente, generalmente a través de una licitación competitiva, por un contrato renovable de plazo fijo (generalmente tres años). Los contratos están abiertos a proveedores estatutarios, comerciales o benéficos que trabajen solos o en colaboración. Los servicios deficientes pueden esperar perder su contrato al igual que los servicios exitosos si no son lo suficientemente competitivos. Mientras creó un mercado riguroso y altamente competitivo, también suprimió la colaboración e infrecuentemente alentó a los malos actores a jugar con el sistema en detrimento de la atención al paciente.

3- <https://www.hee.nhs.uk/sites/default/files/documents/Stepping%20forward%20to%202021%20-%20The%20mental%20health%20workforce%20plan%20for%20england.pdf>

## Desafíos en la prestación de un Servicio IAPT

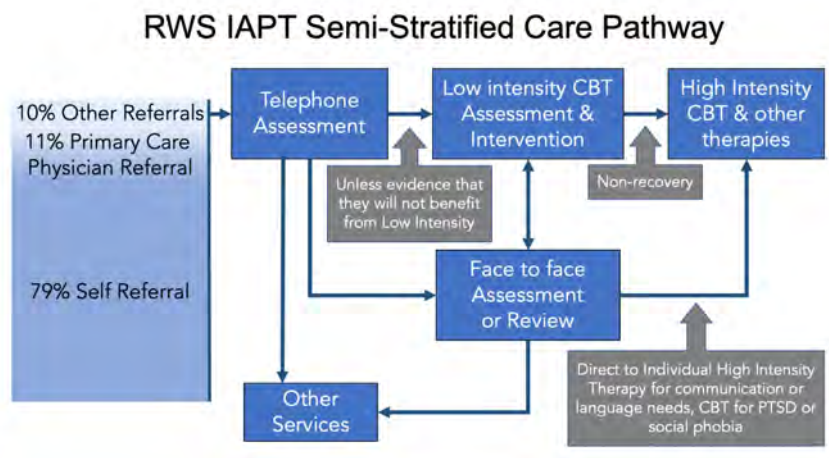
El autor dirige un servicio en un barrio próspero de Londres (RWS). En los últimos seis meses, 317 (11%) de las derivaciones fueron directamente de médicos de atención primaria (GP), 2302 (79%) auto-referencias, de estas 1716 (59%) son a través de nuestro sitio web.

### Compromiso

A nivel nacional, aproximadamente el 30% de las derivaciones no avanzan a una cita y aproximadamente el 38% completa el curso de tratamiento. Asegurar la participación es fundamental porque el abandono temprano está fuertemente asociado con la falta de recuperación. La velocidad es clave (Clark et al., 2018), durante la semana laboral RWS contacta a los pacientes el día de la derivación y ofrece una evaluación telefónica dentro de los 4 días, lo que reduce el abandono al 20%.

### Capacidad

Además de gestionar un flujo de alto volumen, la demanda de proporcionar un tratamiento de mayor duración, debido a la complejidad o las necesidades derivadas del aislamiento social, a menudo supera la capacidad. Mientras que el trastorno de estrés postraumático, la fobia social y el trastorno dismórfico corporal actualmente requieren TCC directa de alta intensidad. Para otras afecciones, RWS solicita a las personas que asistan a seminarios educativos para enseñar conocimientos básicos sobre su afección e iniciar tratamiento autónomo. Los que no responden pasan a grupos de TCC intensivos y, si es necesario, al tratamiento individual formal. Este enfoque permite al mismo recurso proporcionar un máximo de 40 horas de tratamiento durante 6 meses en lugar de las 12 horas más habituales durante 3 meses, y tiempos de espera para el tratamiento de semanas en lugar de meses. Más del 90% de las personas que completan este programa logran una recuperación completa. El flujo de la vía de atención de alto nivel de RWS se muestra a continuación.



## Bienestar del Personal

La provisión de baja intensidad originalmente estaba destinada a ser impartida por ciudadanos con inteligencia emocional después de un curso de capacitación (Richards, David & Suckling, 2008), ahora es visto como un puesto de nivel de entrada para graduados en psicología y el progreso profesional genera una alta rotación de personal. El personal de IAPT, en general, experimenta alta presión desde grandes volúmenes y la expectativa de que brindarán tratamientos basados en evidencia que se ajusten estrechamente a la investigación original. Una expectativa clara de un mínimo de 20 horas de contacto clínico directo cada semana (37,5 horas) ayuda a mantener el equilibrio entre las siempre crecientes demandas institucionales y el bienestar profesional.

## Complejidad y Límites

Mientras podemos confiar que la TCC tiene una eficacia a largo plazo (Wiles et al., 2016), los servicios de acceso abierto de IAPT con frecuencia responden a las necesidades de pacientes recurrentes (a menudo que no responden) y complejos que necesitan atención especializada o son refractarios al tratamiento. Los servicios especializados suelen ser estructuralmente inaccesibles y están organizados en torno a una prestación de bajo volumen. RWS ha gestionado estos frecuentes problemas de interfaz convocando una reunión de interfaz virtual con representantes clínicos de otros proveedores para abordar tanto las necesidades individuales de los pacientes como los asuntos interorganizacionales.



## Resumen

La entrega de IAPT ha sido una empresa hercúlea que cada año brinda acceso a la terapia psicológica basada en la evidencia a cerca del 3% de la población inglesa. Más del 50% de los tratados se recuperan, lo que genera un retorno sustancial de la inversión con beneficios para el individuo y la sociedad. A precios de 2020, IAPT cuesta £ 1,011 por persona y cada persona que regresa al trabajo otorga al gobierno un ahorro de £ 13,382 con beneficios similares para quienes retienen el trabajo y recuperan la productividad.

---

### REFERENCIAS

- Baah, B. (2017). Movement Into Employment: Return on Investment Tool Estimation of benefits from moving an individual from unemployment into sustainable employment. [https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment\\_data/file/772596/Movement\\_into\\_employment\\_report\\_v1.2.pdf](https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/772596/Movement_into_employment_report_v1.2.pdf)
- Bell, S., Clark, D., Knapp, M., Layard, R., Meacher, M., Priebe, S., Thornicroft, G., Turnberg, L., & Wright, B. (2006). The Depression Report, A New Deal for Depression and Anxiety Disorders. <http://cep.lse.ac.uk/pubs/download/special/depressionreport.pdf>
- Clark, D. M., Canvin, L., Green, J., Layard, R., Pilling, S., & Janecka, M. (2018). Transparency about the outcomes of mental health services (IAPT approach): an analysis of public data. *The Lancet*, 391(10121), 679–686. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(17\)32133-5](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(17)32133-5)
- Clark, D. M., Layard, R., Smithies, R., Richards, D. A., Suckling, R., & Wright, B. (2009). Improving access to psychological therapy: Initial evaluation of two UK demonstration sites. *Behaviour Research and Therapy*, 47(11), 910–920. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2009.07.010>
- Radhakrishnan, M., Hammond, G., Jones, P. B., Watson, A., McMillan-Shields, F., & Lafortune, L. (2013). Cost of Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) programme: An analysis of cost of session, treatment and recovery in selected Primary Care Trusts in the East of England region. *Behaviour Research and Therapy*, 51(1), 37–45. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2012.10.001>
- Richards, David, A., & Suckling, R. (2008). IAPT Doncaster Demonstration Site Organisational Model | Enhanced Reader. *Clinical Psychology Forum*, 181, 9–16.
- Wiles, N. J., Thomas, L., Turner, N., Garfield, K., Kounali, D., Campbell, J., Kessler, D., Kuyken, W., Lewis, G., Morrison, J., Williams, C., Peters, T. J., & Hollinghurst, S. (2016). Long-term effectiveness and cost-effectiveness of cognitive behavioural therapy as an adjunct to pharmacotherapy for treatment-resistant depression in primary care: Follow-up of the CoBaIT randomised controlled trial. *The Lancet Psychiatry*, 3(2), 137–144. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00495-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00495-2)

Traducción: Daniel Jiménez Zulic

Edición: Raquel del Socorro Guillén Riebeling

## Invirtiendo en educación en salud mental

### CHRISTOPHER DOWRICK

Chair, WONCA Working Party for Mental Health; Professor of Primary Medical Care, University of Liverpool, UK.  
cfd@liv.ac.uk

### WOLFGANG SPIEGEL

Centre for Public Health, Medical University of Vienna, Austria. wolfgang.spiegel@meduniwien.ac.at

### CHRISTOS LIONIS

Vice Chair WONCA Working Party for Mental Health; Professor of General Practice and Primary Care, University of Crete, Greece. lionis@uoc.gr

### JUAN M. MENDIVE:

Treasurer WONCA Working Party for Mental Health; Family Physician. La Mina Primary Health Care Academic Centre. University of Barcelona. juanmmendive@gmail.com

## Introducción

En este capítulo, ofrecemos un marco de referencia para pensar sistemáticamente sobre el alfabetismo en salud mental y discutimos aspectos importantes en relación con la salud mental.

Cuando consideramos la salud mental, la definición de la Organización Mundial de la Salud es un punto de partida útil para considerar alfabetizarnos en este campo de la salud:

*Salud mental en un estado de bienestar en el cual una persona realiza sus habilidades, puede afrontar los estresores normales de la vida cotidiana, puede trabajar productivamente y es capaz de contribuir a sus comunidades.<sup>1</sup>*

Sin embargo, necesitamos tener cautela con esto. Esta definición ha recibido elogios por alejarse de la conceptualización de salud mental como un estado de ausencia de enfermedad mental pero también ha sido criticada por posibles conceptualizaciones erróneas cuando se identifica con sentimientos y funcionamiento positivos como factores claves para la salud mental, ya que, “considerar el bienestar como un aspecto clave de la salud mental es difícil de reconciliar con las muchas situaciones desafiantes de la vida”<sup>2</sup>.

1- <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>

2- Galderisi S, Heinz A, Kastrup M, Beezhold J, Sartorius N. Toward a new definition of mental health. World Psychiatry 2015; 14(2): 231-3.

El alfabetismo en salud, de acuerdo con Don Nutbeam: es *“la capacidad para obtener, interpretar y comprender información y servicios de salud de manera que incrementan la salud. Implica destrezas cognitivas y sociales que determinan la motivación y habilidad de los individuos para ganar acceso, comprender y usar la información de manera que promueve y mantiene una buena salud”*<sup>3</sup>.

Para la Biblioteca Nacional de Medicina, el alfabetismo en salud es el grado en que los individuos tienen la capacidad de obtener, procesar, y comprender información básica sobre salud, así como servicios necesarios para tomar decisiones de salud apropiadas.<sup>4</sup>

El tema “invirtiendo en alfabetismo en salud mental” puede ser considerado desde varias perspectivas. “Alfabetismo” describe un estado que sigue un proceso. El proceso es un aprendizaje formal o informal del aprendiz o de la educación formal o informal. Educación formal necesita ser organizada y entregada (implementada) y así puede considerarse como una “inversión” del poder-humano, poder-cerebro, recursos y dinero. ¿Quién está invirtiendo en alfabetismo en salud mental? ¿Lo están haciendo los y las pacientes? ¿Los y las profesionales de la salud? ¿O existen otras personas que asumen este rol, como educadores, o legisladores de políticas de salud? ¿Sería esta la responsabilidad de las autoridades de salud o políticos y políticas? ¿Cuál es el rol de la comunidad global en su visión en relación con alfabetismo en salud mental?

## Asuntos para el alfabetismo en salud mental

A nivel individual, el alfabetismo en salud mental puede contribuir a la comprensión de la propia personalidad, así como de la de los demás. Como resultado, el individuo puede empoderarse para comprender mejor las acciones y motivaciones de los y las “otros” que están cercanos y puede así, fortalecer su resiliencia mental. Dependiendo de los ambientes culturales, sociales y espirituales los individuos (personas laicas) deben adquirir o ser empoderadas para obtener una comprensión general (“educación”) de cómo las personas con perturbaciones mentales pueden sentirse y qué tipo de ayuda pueden necesitar. Aplican restricciones particularmente en relación con las capacidades intelectuales de las personas y el peligro de estar demasiados ocupados con aspectos psíquicos.

Los servicios de salud tienen la obligación de estar alfabetizados acerca de las necesidades de los y las pacientes que desean atender. Además, los y las profesionales de la salud, tienen que tomar en cuenta cómo las poblaciones consideran su salud mental como un estado continuo de la normalidad a un estado de enfermedad y cómo el bienestar mental puede promoverse desde cuidado primario y servicios comunitarios.

3- Nutbeam D. Health promotion glossary. Health Promot Int 1998; 13(4): 349-364.

4- <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/mesh/?term=health+literacy>

El alfabetismo en salud está en parte relacionado con el logro educativo y motivacional dado que no está solamente relacionado con la habilidad que tienen los individuos de obtener acceso a la información sobre salud sino también a comprenderla y usarla. Adicionalmente, y muy importante, es sobre el estigma asociado con la búsqueda de ayuda para problemas mentales. El alfabetismo en salud es crítico para que los y las pacientes aumenten la confianza en sí mismos y en el acceso a los servicios que buscan (o a menudo no buscan). La evidencia también sugiere que las personas vulnerables y desfavorecidos están usualmente en riesgo de tener un alfabetismo en salud limitado.<sup>5,6</sup>

Para los profesionales y gerentes de salud es necesario considerar un amplio rango de aspectos. Es común que los y las profesionales de salud tengan algunas ideas acerca de los factores que afectan los comportamientos de sus pacientes para buscar ayuda<sup>7</sup>, incluyendo lo significativo que es la personalidad individual y su sentido de resiliencia. Muchos de nosotros también somos capaces de aplicar principios de promoción de salud para enriquecer el alfabetismo en salud mental de los y las pacientes, aunque aún necesitamos hacer mucho más todavía. Los individuos con desórdenes de salud mental usan varias fuentes para obtener información sobre su salud y su enfermedad incluyendo lo que está en internet para poder hacer decisiones de salud apropiadas. Esto es conocido como Alfabetismo eSalud. La evidencia sugiere que Alfabetismo eSalud es bajo en algunos escenarios y se han reportado recomendaciones para mejorarlo y tener acceso a información adecuada<sup>8,9</sup>.

Además de la conciencia del estigma en la percepción de los pacientes y cuidadores<sup>10</sup> y también (lo que es muy común) en la mente de los mismos profesionales de salud<sup>11</sup>, proveedores de cuidados en salud necesitan apreciar la multitud de diferentes formas en las cuales se comprende la salud, la enfermedad y el trastorno mental en diferentes grupos étnicos y culturas. Necesitamos estar conscientes de las creencias de los pacientes y los conceptos sobre salud y enfermedad que tienen, incluyendo las creencias religiosas y espirituales, así como los modismos que usan para expresar su malestar<sup>12</sup>, y preguntarles en qué medida ellos han comprendido, evaluado críticamente y utilizado la información que han encontrado, así como si se sienten capaces de usar esta información para tomar decisiones

5- Knighton AJ, Brunisholz KD, Savitz ST. Detecting risk of low health literacy in disadvantaged populations using area-based measures. *EGEMS (Wash DC)*, 2017; 5(3):7-10.

6- Sorensen K, Pelikan JM, Rothlin F, Ganahl K, Slonska Z, Doyle G, et al. Health literacy in Europe: comparative results of the European health literacy survey (HLS-EU). *Eur J Public Health* 2015; 25(6): 1053-1058.

7- Fuller J, Edwards J, Procter N, Moss J. How definition of mental health problems can influence help seeking in rural and remote communities. *Australian Journal of Rural Health* 2000; 8(3): 148-53.

8- Athanasopoulou C, Välimäki M, Koutra K, Löttyniemi E, Bertsias A, Basta M, Vgontzas AN, Lionis C. Internet use, eHealth literacy and attitudes toward computer/internet among people with schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study in two distant European regions. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2017 Sep 20;17(1):136. doi: 10.1186/s12911-017-0531-4. PMID: 28931385

9- Athanasopoulou C, Hätönen H, Suni S, Lionis C, Griffiths KM, Välimäki M. An analysis of online health information on schizophrenia or related conditions: a cross-sectional survey. *BMC Med Inform Decis Mak*. 2013 Aug 30;13:98. doi: 10.1186/1472-6947-13-98. PMID: 23992448

10- Boardman F, Griffiths F, Kokanovic R, Potiriadis M, Dowrick C, Gunn J. Resilience as a response to the stigma of depression: a mixed methods analysis. *J Affect Disord*. 2011;135(1-3):267-276. doi:10.1016/j.jad.2011.08.007

11- Ubaka CM, Chikezie CM, Amorha KC, Ukwue CV. Health Professionals' Stigma towards the Psychiatric Ill in Nigeria. *Ethiop J Health Sci*. 2018;28(4):483-494. doi:10.4314/ejhs.v28i4.14

12- Nichter M. Idioms of distress revisited. *Cult Med Psychiatry*. 2010;34:401-16.

apropiadas para mantener o mejorar su salud. Necesitamos también reflejar en nuestras perspectivas sobre la etiología del trastorno mental, que es frecuentemente una combinación de factores biológicos, psicológicos y sociales considerando cómo estos pueden estar o no de acuerdo con la perspectiva que tienen los y las pacientes sobre los determinantes de trastorno mental<sup>13</sup>. Este proceso de comunicación y motivación anticipa la mejoría de la relación doctor-paciente y aumenta el efecto terapéutico de la consulta.

La conciencia del estigma sobre la salud mental es parte del trabajo que se necesita para abordar el alfabetismo sobre salud mental de manera tan amplia como sea posible. Esto incluye no solo servicios primarios de salud sino también otros servicios basados en la población que pueden desarrollar mensajes positivos hacia la salud mental incluyendo medios de comunicación social masivos<sup>14</sup>. Es importante considerar el rol de los profesionales de salud en la educación en diferentes niveles de la sociedad incluyendo escuelas e institutos<sup>15</sup>. La evidencia existente ha demostrado que esto impacta positivamente los puntos de vista de la población hacia la salud mental<sup>16</sup>.

Nosotros también necesitamos estar conscientes del impacto de los sistemas de salud en los cuales están operando los proveedores de cuidados de salud. Estos son radicalmente diferentes en ambientes de altos y bajos recursos, o en servicios de pago por tarifa versus los sistemas de acceso abierto. Por lo tanto, se requiere el alfabetismo en salud tanto en profesionales de salud como en pacientes para navegar exitosamente lo cual será radicalmente diferente dependiendo del ambiente.

## Estudios de casos

### Experiencias en ambientes de altos ingresos

El *AMP programme* conducido en el noroeste de Inglaterra fue diseñado para enriquecer mutuamente el alfabetismo en salud entre proveedores de salud y usuarios de servicios en cuatro localidades desventajadas con un énfasis en las necesidades de salud mental de adultos mayores, y poblaciones minoritarias étnicas. Esto implicó un modelo de múltiples facetas con tres elementos: involucración comunitaria, calidad de servicios primarios e intervenciones psicosociales adaptadas. La involucración comunitaria implicó recolección de información, campeones comunitarios y grupos focales y un grupo de trabajo comunitario. Se les ofreció a los equipos de cuidado primario un paquete interactivo de

13- Karasz A, Dowrick C, Byng R, et al. What we talk about when we talk about depression: doctor-patient conversations and treatment decision outcomes. *Br J Gen Pract.* 2012;62(594):e55-e63. doi:10.3399/bjgp12X616373

14- Rubio-Valera M, Fernandez A, Evans-Lacko S, Luciano J V., Thornicroft G, Aznar-Lou I, Serrano-Blanco A: Impact of the mass-media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the Catalan population, Spain. 2015.

15- Casañas, R., Arfuch, V., Castellví, P. et al. "EspaiJove.net"- a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* 18, 939 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5855-1>

16- Aznar-Lou et al. *BMC Public Health* (2016) 16:127 DOI 10.1186/s12889-016-2815-5

entrenamiento que incluía transferencia de conocimiento, revisión de sistemas y vinculación activa. Se evaluó la factibilidad y aceptación de una intervención de bienestar sensible culturalmente en minorías étnicas y adultos mayores<sup>17</sup>. Los efectos combinados del modelo incluyeron incremento de la conciencia de intervenciones psicosociales entre las organizaciones de la comunidad e incremento de referencias de los profesionales generales. Los profesionales de cuidado primario valoraron la recolección de información y el acceso a intervenciones AMP<sup>18</sup>.

Dos *experiencias de Catalonia* se presentan como un ejemplo de coordinación de diferentes servicios para alcanzar un mejor conocimiento de alfabetismo en salud evitando estigma.

- *OBERTAMENT.org* (Abiertamente): Una campaña de medios de comunicación para reducir el estigma sobre la salud mental organizada desde una institución basada en la población probó su efectividad en reducir el estigma entre la población general<sup>19</sup>.
- *Espaijove.net* (Espacio Joven): una iniciativa en la web y en sitio en Barcelona, con diferentes fuentes disponible para adolescentes y jóvenes con el propósito primordial de aumentar el alfabetismo sobre salud mental y evitar estigma<sup>20</sup>. La iniciativa integra educación en las escuelas e institutos con colaboración de profesionales de salud incluyendo cuestionarios validados para estas poblaciones específicas.<sup>21</sup>

## Experiencia en culturas no occidentales

En la *República de Sudán del Sur*, particularmente en áreas rurales, a menudo las personas tienen comprensiones diferentes de la salud mental. Una persona que presenta psicopatología preferiría ser vista como víctima de “juju”, una forma de voodoo, que verse expuesta a un desorden psiquiátrico. Ellos tienden a recurrir a un curandero juju usualmente llamado “doctor” en esas poblaciones. Un médico, raramente está disponible para quienes padecen en las aldeas, debería tener una alta estima para que los pacientes esperen que sea “más poderoso” que un mago.

Sin embargo, surge la pregunta, en qué medida el personal de salud entrenado occidentalmente, organizaciones, patrocinadores y gobiernos tienen derecho a imponer una comprensión occidental de la

17- Lovell K, Lamb J, Gask L, et al. Development and evaluation of culturally sensitive psychosocial interventions for under-served people in primary care. *BMC Psychiatry*. 2014;14:217. Published 2014 Aug 1. doi:10.1186/s12888-014-0217-8

18- Dowrick C, Bower P, Chew-Graham C, et al. Evaluating a complex model designed to increase access to high quality primary mental health care for under-served groups: a multi-method study. *BMC Health Serv Res*. 2016;16:58. Published 2016 Feb 17. doi:10.1186/s12913-016-1298-5

19- Rubio-Valera M, Fernandez A, Evans-Lacko S, Luciano J V., Thornicroft G, Aznar-Lou I, Serrano-Blanco A: Impact of the mass-media OBERTAMENT campaign on the levels of stigma among the Catalan population, Spain. 2015.

20- Casañas, R., Arfuch, V., Castellví, P. et al. “EspaiJove.net”- a school-based intervention programme to promote mental health and eradicate stigma in the adolescent population: study protocol for a cluster randomised controlled trial. *BMC Public Health* 18, 939 (2018). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5855-1>

21- Castellvi, P.; Casañas, R.; Arfuch, V.-M.; Gil Moreno, J.J.; Torres Torres, M.; García-Forero, C.; Ruiz-Castañeda, D.; Alonso, J.; Lalucat-Jo, L. Development and Validation of the EspaiJove.net Mental Health Literacy (EMHL) Test for Spanish Adolescents. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020, 17, 72.

salud mental y psiquiatría ahí. Como regla, en estas áreas rurales, o no hay servicios de salud o solo hay trabajadores de salud que no son médicos. Si se conducen esfuerzos para invertir en alfabetismo en salud mental ellos deben conducirse con gran respeto, empatía y sabiduría dado que el trabajador de salud no permanecerá en la aldea, pero el paciente y el curandero sí.

## Conclusiones

El alfabetismo en salud puede mejorar con la conciencia e involucramiento de varios actores principales en la comunidad, desde legisladores en políticas públicas hasta servicios educacionales.

Es esencial invertir en alfabetismo en salud mental, pero tal como hemos explicado aquí, es también un proceso complicado que requiere no únicamente un doctor familiar con altas destrezas de comunicación y motivación sino también conciencia de las destrezas que necesitan adquirir las personas con enfermedades mentales para su supervisión y empoderamiento. No es solamente 'educar' pacientes para ver sus problemas en la misma manera que los ven los doctores. Es necesario considerar las perspectivas y la capacidad de conocimiento de los pacientes, así como las perspectivas de los proveedores salud, y necesitamos comprender el impacto de los sistemas de salud.

Invertir en alfabetismo en salud mental en culturas no occidentales necesita ser abordado con respeto por los sistemas de creencias locales, particularmente de cara a la falta de conocimiento científico y las teorías débiles de la medicina occidental en relación con los desórdenes funcionales.

Para llevar esto hacia adelante, recomendamos adoptar un enfoque metodológico desde el punto de vista de implementación científica. La Teoría de la Normalización del Proceso (NPT por sus siglas en inglés), que algunos de nosotros hemos co-desarrollado y usado extensamente, es un marco de referencia valioso dentro del cual desarrollar y evaluar el proceso de implementación de iniciativas para invertir en alfabetismo en salud mental. Los cuatro constructos principales o áreas de trabajo de NPT son: coherencia (trabajo con sentido), participación cognitiva (trabajo de involucramiento), acción colectiva (trabajo enactivo), y monitoreo reflexivo (trabajo de evaluación)<sup>22</sup>.

Invertir en alfabetismo en salud mental en culturas no occidentales necesita ser abordado con respeto por los sistemas de creencias locales, particularmente de cara a la falta de conocimiento científico y las teorías débiles de la medicina occidental en relación con los desórdenes funcionales.

Para llevar esto hacia adelante, recomendamos adoptar un enfoque metodológico desde el punto de vista de implementación científica. La Teoría de la Normalización del Proceso (NPT por sus siglas en inglés), que algunos de nosotros hemos co-desarrollado y usado extensamente, es un marco de referen-

22- <http://www.normalizationprocess.org/>

cia valioso dentro del cual desarrollar y evaluar el proceso de implementación de iniciativas para invertir en alfabetismo en salud mental. Los cuatro constructos principales o áreas de trabajo de NPT son: coherencia (trabajo con sentido), participación cognitiva (trabajo de involucramiento), acción colectiva (trabajo enactivo), y monitoreo reflexivo (trabajo de evaluación)<sup>22</sup>.

Este tipo de marco de referencia permitirá a investigadores, clínicos, legisladores y -más importante- personas con una experiencia de vida de malestar de salud mental, trabajar juntos para establecer cómo podemos invertir más efectivamente en alfabetismo en salud mental.

Traducción: María del Pilar Grazioso  
Edición: Johanna Kreither

<sup>22</sup>- <http://www.normalizationprocess.org/>



# Abordar el Estigma y el Aislamiento Social para Promover el Acceso a la Atención en Salud Mental y una Mejor Salud Mental para Todos y Todas

## **GABRIEL IVBIJARO MBE**

*Profesor de Salud Mental Poblacional, NOVA University, Lisbon, Portugal*

## **LUCJA KOLKIEWICZ**

*Profesor Visitante, NOVA University, Lisbon, Portugal*

## **JEFFREY GELLER**

*Profesor de Psiquiatría, University of Massachusetts Medical School, USA*

## **MICHELLE RIBA**

*MD, M.S., Profesor de Psiquiatría, University of Michigan, USA*

## **HELEN HERRMAN**

*Orygen and Centre for Youth Mental Health, The University of Melbourne, Australia*

## **IGOR ŠVAB MD**

*PhD Profesor de Atención Primaria, University of Ljubljana, Slovenia*

## Mensajes claves

- Para el 2030, las medidas políticas necesitan revertir la tendencia que predice un aumento de la discapacidad debido a enfermedades mentales.
- Aunque se dispone de tratamiento y prevención efectivos, la mayoría de las personas no los reciben, en parte debido a los prejuicios y la discriminación. Se necesita un nuevo enfoque para las campañas contra el estigma y habilidades de primeros auxilios psicológicos.
- La soledad y el aislamiento social se están convirtiendo en problemas cada vez más importantes. Se necesita inversión para conectar a las personas.

## Introducción

WEI objetivo del Día Mundial de la Salud Mental 2020, “Salud Mental para Todos y Todas: Mayor Inversión - Mayor Acceso”, no puede alcanzarse a menos que abordemos la discriminación y el aislamiento

social que enfrentan las personas con trastornos mentales. Las actitudes del público hacia los trastornos mentales están mal informadas y son principalmente negativas. Esto incluye culpar a la persona por la enfermedad y esperar que una persona afectada no pueda cumplir con sus responsabilidades en el hogar o el trabajo. Estas actitudes negativas, o estigmas, pueden ser experimentadas como creencias acerca de las actitudes de los demás (estigma percibido), o como pensamientos y creencias de una persona acerca del trastorno mental (estigma personal). Estas creencias pueden fácilmente resultar en discriminación, como la falta de voluntad para trabajar con personas con enfermedades mentales, u oponerse a que alguien con un trastorno mental se case con un familiar. El estigma también puede resultar en vergüenza. Una persona o sus familiares puede que no estén dispuestas a pedir ayuda, incluso cuando tienen acceso al tratamiento y atención pueden marcar una gran diferencia en el resultado.

## Estigma en Salud Mental

La mayoría de las personas viven hasta una edad avanzada, y este es uno de los principales logros de la humanidad. Hay muchas iniciativas para asegurarnos que todos tengamos una vida más saludable, satisfactoria y enriquecedora. Pero este dramático aumento en la expectativa de vida promedio en el siglo XX no lo comparten las personas que sufren de enfermedades mentales graves.

De acuerdo con la Carga Global de Morbidades del 2006, se estima que para el 2030, las tres causas principales de carga de morbilidad serán el VIH/SIDA; trastorno mental, particularmente trastorno depresivo unipolar; y cardiopatía isquémica. El trastorno depresivo unipolar ocupó el cuarto lugar como causa principal de discapacidad en el 2002, y pasará a ser la segunda causa más común de discapacidad para el 2030. Los epidemiólogos también proyectaron que las lesiones auto-infligidas aumentarán como carga de enfermedad de un rango de 17 en el 2002 a 14 en el 2030. Es necesario abordar esta carga de discapacidad de salud mental y detener o revertir la carga. Necesitamos invertir urgentemente en la prevención y promoción de la salud mental.

La mayor parte del exceso de mortalidad en personas con enfermedades mentales se atribuye a afecciones prevenibles como el síndrome metabólico que incluye obesidad, hiperlipidemia, hipertensión, diabetes mellitus y conductas de alto riesgo como el tabaquismo, la inactividad física y las conductas sexuales de riesgo. Quizás si las personas afectadas no estuvieran experimentando una condición de salud mental estigmatizante, el resultado sería diferente.

La evidencia nos dice que las personas con un trastorno mental no se benefician de las mejoras tecnológicas, la riqueza global y los avances en la ciencia médica en parte por el etiquetaje de la condición de salud mental, lo que resulta en prejuicio y exclusión. Muchas personas en el mundo, independiente del país, reciben poco o ningún tratamiento por su trastorno mental, la llamada “brecha de tratamiento”. La brecha de tratamiento es de aproximadamente el 70% en los países de ingresos bajos y medianos, y puede llegar hasta el 90%. Incluso en los países de ingresos altos, la brecha oscila entre el 52% y el 74%.

El estigma y la discriminación de la salud mental contribuyen significativamente a esta brecha global de tratamiento.

Aunque existen tratamientos efectivos para los trastornos mentales como la ansiedad, la depresión, el trastorno bipolar y la esquizofrenia, muchas personas que padecen enfermedades mentales no reciben un tratamiento basado en la evidencia debido al estigma, la insatisfacción con los servicios anteriores y la falta de conciencia de los beneficios del tratamiento. Se requiere un compromiso activo con los ciudadanos y la comunidad para abordar estos factores. Los servicios deben rediseñarse teniendo en cuenta la reducción del estigma. La formación del personal de salud mental debe fomentar activamente las prácticas de reducción del estigma. La población desde la infancia debe tener acceso a la alfabetización en salud mental.

El gobierno necesita desempeñar un papel. Las políticas públicas y los sistemas de salud pública necesitan organizarse para que puedan abordar efectivamente los problemas de salud mental al garantizar que las regulaciones y las políticas se alineen con los estándares esperados de buenas prácticas en la promoción de la salud mental y la prevención y el tratamiento de enfermedades mentales. La mala práctica y el financiamiento en una variedad de sistemas diseñados para abordar la salud mental podrían mejorarse mediante el empleo rutinario de defensores de la salud mental por parte de los proveedores de servicios de salud mental. Es probable que esta función se cumpla de la manera más efectiva contratando a personas con experiencia vivida de un trastorno mental. Por lo tanto, necesitamos un nuevo enfoque que integre las campañas contra el estigma en la vida diaria y la práctica clínica.

Los primeros auxilios para emergencias de salud física están disponibles para muchos. Los desfibriladores están disponibles en muchos lugares públicos y todos los empleadores tienen protocolos a seguir para brindar primeros auxilios de salud física. Este no es el caso de los primeros auxilios psicológicos, a pesar de que la capacitación está disponible gratuitamente con evidencia que demuestra que funciona y puede reducir tanto los efectos de el trastorno mental como el estigma.

Hacemos un llamado a los gobiernos y a los responsables políticos para que inviertan en brindar habilidades de primeros auxilios psicológicos a su población. Hacemos un llamado a los ciudadanos para que exijan el acceso a primeros auxilios psicológicos como una prioridad para disminuir los efectos y el estigma asociado con los trastornos mentales.

## Aislamiento social y soledad

La actual pandemia de coronavirus ha puesto de relieve la necesidad de abordar la soledad y el aislamiento social, no solo para el bienestar de las personas mayores y la población en general, sino también para quienes padecen un trastorno mental.

Hay muchas definiciones de soledad. En pocas palabras, es un sentimiento subjetivo negativo de estar solo. El aislamiento social se define por la cantidad de interacciones que una persona tiene con otras. Puede o no ir acompañado de soledad.

Casi un tercio de los adultos mayores experimentan soledad y aislamiento social. Esto está asociado con problemas de salud física y mental que incluyen presión arterial alta, niveles disminuidos de ejercicio, sueño de mala calidad e insomnio, visión deficiente, sensación de depresión, descripción de una mala calidad de vida, aumento de las tasas de tabaquismo y consumo de alcohol, mala alimentación, redes sociales reducidas, aumento de los pensamientos suicidas, deterioro de las capacidades cognitivas y escaso cumplimiento con la medicación. Los servicios de apoyo no suelen abordar la soledad de forma explícita, incluso en aquellos para adultos mayores que viven en hogares de ancianos.

Preguntar sobre la soledad debe formar parte de las evaluaciones de bienestar de rutina. Es relativamente simple y fácil de hacer. Hay escalas de soledad disponibles y una llamada SOLO (ALONE) está siendo validada para uso profesional y cubre áreas como: “¿Crees que alguien querría ser tu amigo?”; “¿Te sientes solo?”; “¿Eres una persona extrovertida y amigable?”; “¿Te sientes molesto o triste?”.

Una inversión en conectar a las personas reducirá las tasas de soledad y mejorará el bienestar físico y mental. Esto se puede lograr aumentando el uso de la tecnología, incluidos los robots, y mediante intervenciones sociales, como brindar oportunidades para el voluntariado, la amistad y el apoyo a la participación en actividades para adultos. La inversión en trabajadores del bienestar y prescriptores sociales puede ayudar a las personas a prevenir y abordar la soledad. Proporcionar recursos a los Servicios Comunitarios de Salud Mental mejorará los servicios prestados a las personas con un trastorno mental diagnosticada para mantener la conexión con la comunidad.

La inversión en salud mental debe considerar todo el camino del sistema desde la promoción, la prevención y el tratamiento de la salud mental, abordando el estigma de la salud mental y la conexión social en su núcleo para mejorar la calidad de vida y los resultados.

## Conclusión

Juntos, debemos resolver poner fin al estigma y la discriminación relacionados con los trastornos mentales. Los países de altos recursos tienen mucho que aprender de los países de bajos recursos y viceversa. La prevención es clave y juntos, combinado con recursos, podemos derribar los muros de la desconexión social. Como se señaló anteriormente, debemos buscar invertir en el bienestar de la salud mental de todas las personas. El Día Mundial de la Salud Mental sirve como recordatorio de que todos somos vecinos y parte de una comunidad más grande.

Con este fin, resolvamos que para el 2030 ya no hablaremos de estigma en la salud mental porque estos trastornos no serán vistos como diferentes a otras condiciones médicas; que las personas en todas partes podrán recibir un tratamiento basado en las evidencias para las afecciones de salud mental, sin prejuicios ni discriminación; y las inversiones de ahora para evitar la soledad y proteger a las personas en riesgo estarán en todas partes. Este debería ser nuestro mandato de salud pública.

Para 2030, las decisiones políticas requieren revertir la tendencia que predice un aumento de la discapacidad debido a enfermedades mentales.

Aunque se dispone de tratamiento y prevención efectivos, la mayoría de las personas no los reciben, en parte debido a los prejuicios y la discriminación. Se necesita un nuevo enfoque para las campañas contra el estigma y habilidades de primeros auxilios psicológicos.

La soledad y el aislamiento social se están convirtiendo en problemas cada vez más importantes. Se necesita inversión para conectar a las personas.

---

#### REFERENCIAS

- Berg-Weger M., Morley JE. Loneliness and social isolation in older adults during the COVID-19 pandemic: implications for gerontological social work. *Journal of Nutrition Health and Ageing*. 2020; 24: 456-458.
- Funk M., Ivbijaro G. (Eds). Integrating Mental Health into Primary Care: A Global Perspective. World Health Organisation (WHO) and World Organization of Family Doctors (Wonca), 2008. ISBN: 978-92-4-156368-0.
- Ivbijaro G., Kolkiewicz L., Lionis C., Svab I., Cohen A., Sartorius N. Primary Care Mental Health and Alma-Ata: From Evidence to Action. *Mental Health in Family Medicine*. 2008, 5, pp. 67-69.
- Luchetti M., Lee HJ., Ashwanden D., Sesker A., Strickhouser JE., Terracciano A., Sutin AR. The trajectory of loneliness in response to COVID-19. *American Psychologist*. 2020. <http://dx.doi.org/10.1037/amp0000690.supp>
- Liu NH., Daumit GL., Dua T., Aquila R., Charlson F., Cuijpers P., Druss B., Dudek K., Freeman M., Fujii C., Gaebel W., Heegerl U., Levav I., Munk-Laursen T., Ma H., Maj M., Medina-Mora ME., Nordentoft M., Prabhakaran D., Pratt K., Prince M., Rangaswamy T., Shiers D., Susser E., Thornicroft G., Wahlbeck K., Wassie AF., Whiteford H., Saxena S. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry*. 2017, 16(1), pp. 30-40. DOI: 10.1002/wps.20384
- Mathers CD., Lonca D. Projections of Global Mortality and Burden of Disease from 2002 to 2030. *PLoS Medicine*. 2006, 3(11), e-442. DOI: 10.1371/journal.pmed.0030442
- Murthy V. *Together. The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World*. New York, HarperCollins, 2020.
- Sartorius N., Schulze H. Reducing the Stigma of Mental Illness: A Report from Global Programme of the World Psychiatric Association. Cambridge University Press: Cambridge, UK: 2005, pp.1-12.

Traducción: Carolina Salgado

Edición: Johanna Kreither

# Invertir en mejorar el acceso a la atención de salud mental infantil en Sudáfrica

**SUMAYA LAHER & TASNEEM HASSEM**

*University of the Witwatersrand*

## Mensajes Claves

- Adoptar un enfoque de justicia social para la salud mental infantil que reconozca que los resultados de salud mental están asociados con factores sociales y económicos.
- La inversión en salud mental debe extenderse más allá de los programas psicosociales e incorporar conceptos indígenas cuando sea necesario
- Se necesita un enfoque colaborativo: las intervenciones deben extenderse más allá de las clínicas, en las escuelas, las comunidades y la economía.
- Intervenir temprano y adoptar un enfoque lo largo de la vida.
- Crear sistemas para garantizar que la política se traduzca en práctica.

## Introducción

La salud mental infantil sigue siendo un área muy desatendida en todo el mundo a pesar de las políticas locales e internacionales que promueven la necesidad de centrarse en la salud mental infantil. Esto es más importante en países de ingresos bajos y medios como Sudáfrica, donde del 10 al 20% de los niños y adolescentes pueden experimentar problemas de salud mental.<sup>1</sup> La investigación de Sudáfrica ha demostrado que los factores sociales y económicos, como la pobreza, la enfermedad y la violencia, influyen aún más y exacerban los resultados de la salud mental.<sup>2</sup> Sudáfrica se encuentra entre las naciones más desiguales del mundo en lo que respecta a la distribución de la riqueza y los recursos. También es un país con algunas de las tasas de violencia más altas del mundo. Esto, combinado con las altas tasas de pobreza y desempleo, pone a muchos niños en riesgo de violencia doméstica, abuso de sustancias, abuso sexual y negligencia. La prevalencia del VIH en la población ha llevado a que millones de niños no tengan padres y corran un mayor riesgo en hogares encabezados por infantes. El país alberga a muchos refugiados cuyos hijos sufren discriminación y, a menudo, se les niega el acceso a la escuela y los

1- Kieling C, Baker-Henningham H, Belfer M, Conti G, Ertem I, Omigbodun O, et al. Child and adolescent mental health worldwide: Evidence for action. 2011. *The Lancet*, 378(9801): 1515-1525.

2- Hunt, X., Skeen, S., Honikman, S., Bantjes, J., Mabaso, K.M., Docrat, S. & Tomlinson, M. Maternal, child and adolescent mental health: An ecological life perspective. In Shung-King M, Lake L, Sanders D & Hendricks M (eds). *South African Child Gauge* 2019. 2019. Cape Town: Children's Institute, University of Cape Town.

servicios de salud. La violencia de género se extiende también a los niños. Si bien los niños pequeños son víctimas de todas las formas de violencia, existen altos niveles de violencia, especialmente violencia sexual, incluida la violación, perpetrados contra niñas y mujeres jóvenes. El costo económico de la violencia sexual, física y emocional perpetrada contra los niños en Sudáfrica y el abandono de los niños, incluidos por discapacidad – ajustados a los años de vida perdidos debido a la muerte y salud precaria, la reducción de los ingresos y los costos de bienestar, se estima en ZAR196 mil millones, o 4.9% del producto interno bruto de Sudáfrica.<sup>3</sup> El riesgo para los niños es acumulativo con el funcionamiento (o la falta del mismo) en un área que impacta otras en cascada a lo largo de la vida desde el período prenatal hasta la adolescencia.<sup>2</sup> Esto se evidencia mejor por los resultados de la Encuesta Nacional de Conducta de Riesgo Juvenil en donde ser mayor, tener calificaciones académicas más altas, haber sido intimidado por otros y beber alcohol en exceso en el último mes, ser miembro de una pandilla y haber sido golpeado por una pareja en los últimos seis meses, haber sido alguna vez obligado a tener relaciones sexuales, haber tenido relaciones sexuales alguna vez, haber tenido una o más parejas sexuales en los últimos tres meses, haber planeado intentar suicidarse alguna vez y haber intentado suicidarse uno o más veces se asociaron significativamente con sentimientos de tristeza o desesperanza. Sin embargo, un número significativo de estudiantes experimentaron factores estresantes similares, pero no informaron sentimientos de tristeza o desesperanza posiblemente debido a los factores contextuales positivos experimentados por estos estudiantes, es decir, factores contextuales conectados con relaciones como la cohesión familiar, la supervisión de los padres y la conexión escolar.<sup>4</sup>



3- Richter, L., Mathews, S., Kagura, J., & Nonterah, E. (2018). A longitudinal perspective on violence in the lives of South African children from the Birth to Twenty Plus cohort study in Johannesburg-Soweto. *South African Medical Journal*, 108(3), 181-186. doi:10.7196/SAMJ.2018.v108i3.12661

4- James, S., Reddy, S.P., Ellahebokus, A., Sewpaul, R. & Naidoo, P. The association between adolescent risk behaviours and feelings of sadness or hopelessness: a cross-sectional survey of South African secondary school learners. 2017. *Psychology, Health & Medicine*, 22:7, 778-789, doi: 10.1080/13548506.2017.1300669

## Objetivos

Está claro que los niños sudafricanos son vulnerables a desarrollar problemas de salud mental si no se abordan en una etapa temprana de la vida. Se necesitan con urgencia investigaciones e intervenciones para la salud mental infantil.

Sudáfrica tiene un Marco Nacional de Políticas de Salud Mental Infantil y Adolescente que se desarrolló en el 2003 para brindar orientación estratégica en esta área. Se centra en la atención primaria y la coordinación intersectorial para desarrollar resiliencia entre los niños, los adolescentes y sus familias. Sin embargo, esta visión no se ha traducido en intervenciones a gran escala.<sup>5</sup> Para ser justos, hace varios años el gobierno sudafricano ha estado proporcionando una subvención de manutención infantil. Hay programas de alimentación en funcionamiento en miles de escuelas y el gobierno busca mejorar el acceso a la educación, la vivienda y la atención médica en las políticas y la práctica, entre otras intervenciones de justicia social. Sin embargo, los problemas relacionados con la salud mental necesitan más atención.

Actualmente, se han implementado o se encuentran en funcionamiento una serie de pequeñas intervenciones localizadas en diferentes etapas de desarrollo vital que han producido impactos positivos en la salud mental infantil. Aquí se destacan algunos estudios de caso.



5- Mokitimi, S., Schneider, M. & de Vries, P.J. Child and adolescent mental health policy in South Africa: history, current policy development and implementation, and policy analysis. *Int J Ment Health Syst* 12, 36, 2018. <https://doi.org/10.1186/s13033-018-0213-3>



## Enfoques actuales para mejorar la salud mental de los niños en Sudáfrica

El Proyecto de Salud Mental Perinatal (PMHP) ha proporcionado un paquete de servicios integrados de salud mental para mujeres embarazadas y en su periodo postnatal (perinatales) en colaboración con los Departamentos de Salud y Desarrollo Social y el sector de ONG. Los servicios constan de varios componentes que incluyen la promoción de la salud universal y prevención y desarrollo de capacidades. El PMHP adopta un enfoque universal desde la primera visita prenatal en la que las mujeres reciben educación básica, además materiales sobre salud mental materna y son examinadas para detectar problemas de salud mental. Se proporciona consejería de apoyo cuando es necesario. Además, también se abordan las necesidades de salud mental de los trabajadores de primera línea, incluida la alfabetización en salud mental, el desarrollo de capacidades y el apoyo para la salud mental del propio personal.<sup>6</sup>

El proyecto Ububele Baby Mat adopta un enfoque similar. Este proyecto tiene como objetivo apoyar a las madres fomentando el funcionamiento reflexivo para que puedan concentrarse en sus bebés, similar a la práctica indígena de Umdlezane. Los practicantes se reúnen con díadas (psicólogo + trabajador social) de manera informal, sobre una colchoneta en medio de la clínica, y discuten sus preocupaciones a la vista de otras madres que esperan que sus bebés sean pesados e inmunizados. La facilitación de la pregunta, mhlawumbe en isiZulu, fomenta un pensamiento más profundo sobre el significado del problema que se presenta. Si los practicantes de Baby Mat identifican una dificultad de apego o si el cliente presenta algún comportamiento de riesgo, se hace una derivación para psicoterapia de padres e hijos. El centro educativo y psicoterapéutico de Ububele gestiona procesos terapéuticos para niños pre-escolares del municipio de Alexandra y sus alrededores que les proporciona una experiencia de DIT integral y enriquecedora, así como terapia para aquellos que la necesitan. Ofrecen cursos de formación en atención psicosocial y apoyo a quienes trabajan directamente con niños (psicoterapeutas, trabajadores sociales, auxiliares trabajadores sociales, enfermeras, parvularias, trabajadores de cuidado infantil y consejeros no profesionales). La mayoría de los trabajadores de cuidado infantil de la comunidad interactúan hasta con 20 niños cada día, por lo que capacitar a 100 trabajadores de cuidado infantil llega a 2000 niños al día de manera más eficaz (ver [www.ububele.org](http://www.ububele.org)).

El programa parental de niños de Sinovuyo en Sudáfrica ofrece sesiones para padres de niños de 2 a 9 años durante un período de 12 semanas que se centra en construir una relación sólida entre padres e hijos y en proveer a los padres con estrategias de disciplina positivas. El programa utiliza la analogía de una “casa-africana de apoyo” para esto: ayudar a los padres a construir muros fuertes (es decir, una relación amorosa y cálida) antes de construir un techo (es decir, manejar el comportamiento difícil de manera positiva). El programa se ha utilizado con 296 padres en los municipios de Nyanga y Khayelitsha (Western Cape, SA) y mostró resultados prometedores.<sup>7</sup>

6- Honikman S, Van Heyningen T, Field S, Baron E & Tomlinson M. Stepped care for maternal mental health: A case study of the perinatal mental health project in South Africa. 2012. *PLoS medicine*, 9(5): e1001222;

7- Van Niekerk, A. & Mathews, S. Child violence, injury and safety: A challenge for child health. In Shung-King M, Lake L, Sanders D & Hendricks M (eds). 2019. *South African Child Gauge 201* (pp.21-37). Cape Town: Children's Institute, University of

La Asociación Nacional de Trabajadores del Cuidado Infantil ha desarrollado el modelo de Parque Seguro que actualmente está siendo replicado en Sudáfrica por más de 20 organizaciones. Esta iniciativa tiene como objetivo proporcionar espacios seguros para que los niños jueguen donde tengan acceso a la supervisión de un adulto. El modelo se puede implementar formalmente a través de una organización donde las autoridades locales deciden y proveen de equipamiento o cuando, informalmente, los recursos son escasos. Las comunidades pueden ser proactivas en la creación de estos espacios con voluntarios. El modelo de Parques Seguros ofrece sanación, apoyo y pertenencia a todos los niños, y trabaja para contrarrestar el estigma que experimentan los niños y las familias afectados por la pandemia del VIH/SIDA (consulte <http://www.naccw.org.za/isibindi/safe-parks>). De manera similar, se utiliza un modelo de autobús seguro donde los miembros de la comunidad acompañan a los niños a la escuela.<sup>7</sup>

El Grupo de apoyo para la depresión y la ansiedad de Sudáfrica (SADAG) fue reconocido recientemente por la introducción de audiolibros para promover la salud entre los niños. Los libros hablados están disponibles en inglés y en idiomas indígenas (65 idiomas) y educan a los niños sobre diversos temas que van desde la educación para la salud y la prevención de enfermedades hasta la salud mental y el desarrollo social (65 temas, consulte <https://speakingbooks.com/our-library/>). La SADAG también ofrece talleres y conferencias psicoeducativos regulares destinados a promover la salud mental entre los adolescentes en particular. SADAG ha sido particularmente efectivo para mitigar el suicidio entre adolescentes en Sudáfrica (ver [http://www.sadag.org/index.php?option=com\\_content&view=category&id=111&Itemid=136](http://www.sadag.org/index.php?option=com_content&view=category&id=111&Itemid=136)).

El proyecto Helping Adolescents Thrive (HAT) se encuentra entre las intervenciones más recientes cuyo objetivo es promover y mejorar la salud mental de los adolescentes proporcionando intervenciones psicosociales para mejorar las capacidades y habilidades cognitivas, emocionales y sociales de los adolescentes en entornos de bajos recursos, aplicable para su uso en entornos de bajos recursos, a través de diferentes plataformas de entrega. La intervención HAT está dirigida a adolescentes (de 10 a 19 años). HAT busca brindar apoyo a los gobiernos y otros socios para implementar el conjunto de intervenciones, ayudando así a desarrollar la capacidad y monitorear la implementación.<sup>2</sup>

En la región de Kwazulu-Natal, el Programa de Empoderamiento de Qhawekazi ha sido eficaz para reducir la incidencia del VIH y la tuberculosis, y los embarazos no deseados en mujeres jóvenes de 19 a 24 años mediante una intervención Cash plus Care. En esta iniciativa de cambio de comportamiento se proporciona un incentivo condicional en forma de efectivo o cupones. Parte de la condición es asistir a sesiones de salud / empoderamiento y realizar exámenes de detección de HCT y TBC una vez cada 6 meses. El componente de atención incluye la sesión mensual de salud/ empoderamiento/ habilidades para la vida. Además, la atención también incluye el apoyo brindado en el centro de atención médica (consulte <https://www.cindi.org.za/cindi-projects/qhawekazi.html>).

## Conclusión y recomendaciones

Los estudios de casos proporcionados representan algunas de las muchas iniciativas que actualmente abordan la salud mental infantil en Sudáfrica. Fueron elegidos específicamente porque representan ejemplos de iniciativas que representan el tema de la FMSM de mayor inversión, mayor acceso. Varias recomendaciones para Sudáfrica y otros países de ingresos bajos y medianos surgen de estudios de casos como estos. De las iniciativas se puede observar que la promoción de la salud mental infantil requiere un enfoque a lo largo de la vida que comienza desde el embarazo hasta la adolescencia.

La Figura 1 está tomada del Informe de la Clasificación del Niño de Sudáfrica de 2019<sup>2</sup> y demuestra las acciones necesarias en un enfoque a lo largo de la vida para mejorar el acceso a la salud mental infantil.



From: Hunt et al., Maternal, child and adolescent mental health: An ecological life perspective. In Shung-King M, Lake L, Sanders D & Hendricks M (eds). *South African Child Gauge* 2019.

Además, lo que queda claro de las intervenciones sugeridas en la Figura 1 es que la salud mental requiere un enfoque integrado. Dado que la salud mental se ve muy afectada por condiciones ambientales como la pobreza, la desigualdad, la violencia, etc., es necesario adoptar un enfoque de justicia social que reconozca que los resultados de salud mental están asociados con factores sociales y económicos. Las intervenciones deben extenderse más allá de los programas psicosociales a todos los ele-

mentos de la atención que incluyen intervenciones para desafíos estructurales. Se necesita un enfoque colaborativo que se extienda a las escuelas, las comunidades y la economía. Por último, es un buen comienzo para un país tener una política de salud mental infantil, pero es aún más importante crear sistemas para garantizar que la política se traduzca en la práctica. Este ha sido un mensaje continuo, pero en ausencia de una política o un compromiso con la política, el tema de una mayor inversión, un mayor acceso, aún es posible a través de ONGs, organizaciones comunitarias e individuos. La Red de Innovación en Salud Mental - África proporciona una excelente plataforma de acceso abierto para compartir tales iniciativas (ver <https://www.mhinnovation.net/organisations/mental-health-innovation-network-africa-mhin-africa>).

Traducción: Johanna Kreither  
Edición: Carolina Salgado

## Activación de las comunidades – invertir en la salud mental de los adultos mayores

**CARLOS AUGUSTO DE MENDONÇA LIMA, M.D., DSCI.**

*Centre Médical du Jorat, Mézières, Switzerland*

*Chair, WPA Section of Old Age Psychiatry*

### La magnitud del problema

Se estima que la población mundial de más de 60 años se convertirá en 2.000 millones en 2050<sup>1</sup>. En el mismo año, el 30% de la población que reside en el área de la Unión Europea será mayor de 65 años y el 10% será mayor de 80 años. El crecimiento del número de adultos mayores será rápido en los países de ingresos medios y bajos, con enormes consecuencias para estas economías vulnerables<sup>2</sup>. En las regiones menos desarrolladas, para 2050 se espera que las personas mayores representen una quinta parte de la población. La alta tasa de mortalidad de los adultos mayores debido a COVID-19 no cambiará esta estimación. Muchas personas viven una vida larga y feliz sin problemas de salud mental y, a pesar de la imagen generalizada de que las personas mayores están tristes, lentas y olvidadizas, los trastornos mentales no son una consecuencia inevitable del envejecimiento. Sin embargo, una de las posibles consecuencias negativas del rápido envejecimiento de la población mundial es el aumento del número de adultos mayores con trastornos mentales, lo que probablemente abruma a los sistemas de salud mental en todos los países<sup>2</sup> como lo están ahora.

Al menos el 20% de las personas de 55 años o más pueden sufrir problemas de salud mental. Los cambios biológicos pueden interferir con el funcionamiento del cerebro. El cambio social puede llevar a un aislamiento personal o a una devaluación. Las enfermedades somáticas también son factores importantes para romper un equilibrio psíquico ya frágil. Los trastornos mentales pueden exacerbar los síntomas y las discapacidades funcionales asociadas con enfermedades médicas y aumentar el costo total de la atención<sup>3</sup>.

Los problemas de salud mental pueden tener un impacto significativo en la capacidad de un adulto mayor para llevar a cabo las actividades básicas de la vida cotidiana y reducir la independencia, autonomía y calidad de vida de la persona. El primer paso para reducir estas consecuencias negativas es simplemente haciendo un diagnóstico adecuado. Desafortunadamente, los problemas de salud mental

1- United Nations. World Population Ageing 2009. UN, New York, 2009.

2- World Health Organization & Alzheimer's Disease International. Dementia: a health public priority. WHO, Geneva, 2012.

3- American Association for Geriatric Psychiatry. Geriatrics and mental health—the facts ([http://www.aagponline.org/prof/facts\\_mh.asp](http://www.aagponline.org/prof/facts_mh.asp)).

a menudo no se diagnostican ni tratan. Muchos adultos mayores luchan sin la ayuda adecuada, o simplemente sin ninguna ayuda en absoluto<sup>4</sup>.

Hay muchos prejuicios sobre el significado del trastorno mental. Muchos adultos mayores hoy en día todavía ven el trastorno mental como un signo de debilidad y es poco probable que admitan sus dificultades. Además, los síntomas de la demencia y la depresión se consideran con demasiada frecuencia como parte del envejecimiento normal.

A pesar del número significativo y creciente de profesionales bien preparados, un cuerpo bien desarrollado de conocimientos y un gran número de cuidadores, cada vez es más difícil persuadir a las autoridades para que inviertan en la salud mental general de los adultos mayores. Esto no es consistente con el creciente número demográfico de este grupo de edad en la población. La distribución de recursos de salud mental calificados para el cuidado de los adultos mayores entre las diferentes regiones del mundo y por grupos de ingresos, es significativamente desigual y, en muchos países, son incluso escasos.

En este contexto, la ausencia de políticas integrales y programas específicos para la salud mental de los adultos mayores no es sorprendente. A pesar de la mejora de los programas educativos, el reclutamiento de nuevos recursos humanos para trabajar a favor de la salud mental de los adultos mayores se está volviendo cada vez más difícil. Incluso en Europa, donde los servicios se consideran mejor desarrollados, entre 2011 y 2014, se ha reducido un 3% el número medio de psiquiatras totales por cada 100.000 habitantes y un aumento de sólo el 1% en la media del número de enfermeras por cada 100.000 habitantes: y Europa sigue siendo la región de la OMS con los recursos humanos más cualificados en salud mental, y la región del mundo con la tasa más alta de adultos mayores<sup>5</sup>.

Otras profesiones de la salud que trabajan con adultos mayores también se ven afectadas. La falta de psicólogos especializados en la salud mental de los adultos mayores ha reducido gravemente las oportunidades de formación para los psicólogos y es un obstáculo para el desarrollo de actitudes positivas hacia la elección de una carrera con los adultos mayores. La baja disponibilidad de psicólogos especializados también reduce la disponibilidad de supervisión de psicólogos no-especializados que brindan apoyo a los adultos mayores. Sin embargo, la falta de recursos adecuados no es el único factor que limita la contratación de personal sanitario adecuado. Los prejuicios negativos en el público en general, los responsables de la toma de decisiones y los proveedores de atención de la salud, incluidos los médicos, han contribuido durante mucho tiempo a hacer que las profesiones relacionadas con la atención de los adultos mayores sean menos atractivas que otras especialidades.

Mientras que en algunas partes del mundo los profesionales interesados en esta área de atención abogan por diseñar servicios específicos para atender a los adultos mayores, en algunos países, hay un movimiento para cerrar servicios específicos de salud mental para adultos mayores, teniendo en

4- United States. Public Health Service. Office of the Surgeon General. Mental Health. A report of the Surgeon General. NIMH, Washington, D.C., 1999. <http://profiles.nlm.nih.gov/ps/retrieve/ResourceMetadata/NNBBHS>. Accessed on 26 may 2013.

5- World Health Organization. Mental Health Atlas 2014. WHO, Geneva, 2015.

cuenta que esta exclusividad refuerza la segregación dentro del sistema de salud. Esta especificidad fue reconocida originalmente como necesaria para tratar a los pacientes con múltiples comorbilidades y necesidades especiales, y para los cuales había una tendencia a no considerarlos como una población adulta prioritaria. El desarrollo de servicios debe estar estrechamente relacionado con los recursos disponibles, los sistemas de salud existentes y la priorización. Si bien el desarrollo de servicios especializados a nivel nacional puede ser apropiado para algunos sistemas de salud y países, la integración de la atención de vejez y la atención de salud mental de vejez en los servicios de salud primaria puede ser más apropiada en otros.

La alta tasa de mortalidad de los adultos mayores debido a la pandemia COVID-19 ciertamente puede explicarse por el alto nivel de fragilidad de estas personas, así como por la presencia de condiciones de multimorbilidad en este grupo específico. Pero la actual organización de la atención general, y no sólo en los entornos de salud mental, para los adultos mayores también tiene una gran responsabilidad, además del enorme sacrificio personal y la dedicación de todos los profesionales que cuidan a estas personas. La organización de servicios para los adultos mayores que sufren de trastornos generales y mentales necesita una gran mejora. Ha habido poca atención en las necesidades de los adultos mayores que sufren de ansiedad y trastornos afectivos, con la ideación suicida o con trastornos psicóticos, mientras que las personas con demencia también necesitan atención especial. Un sistema de atención exitoso para adultos mayores comienza cuando puede asegurar el acceso a la atención para todos los necesitados. Para ello, será necesario mejorar el valor de los adultos mayores para las comunidades. La activación de las comunidades tal vez sea la clave para futuras inversiones en la atención de salud mental para adultos mayores.

## Dignidad en la atención de salud mental

Dignidad en la atención de salud mental y apoyo social para los adultos mayores – un concepto complejo y difícil de definir - es una de las muchas dimensiones de la dignidad humana global. Es la base para un enfoque ético para la promoción del bienestar de alguien, además de la presencia de un problema de salud mental. Cuando se promueve la dignidad en la atención de salud mental -incluida la protección contra el estigma, la discriminación, la violencia y el abuso y la negligencia de los adultos mayores-, las posibilidades de un mejor resultado clínico son mayores. El principio de dignidad en la atención de salud mental sostiene el marco legal y ético para apoyar a los adultos mayores que pueden haber perdido su autonomía e independencia como resultado de problemas de salud mental y otras comorbilidades asociadas con la vejez y el proceso de envejecimiento<sup>6 7 8</sup>.

6- Saxena S, Hanna F. Dignity- a fundamental principle of mental health care. Indian Journal of Medical Research. 2015; 142(4): 355-358

7- United Nations General Assembly. International Covenant on Economic, Social and Cultural Rights. United Nations Treaty Series. 16 December 1966.933:3

8- World Health Organization. Quality rights tool kit to assess and improve quality and human rights in mental health and social care facilities. Geneva: WHO, 2012

Todavía falta un marco de derechos humanos específico para las personas mayores con problemas de salud mental. Esto es necesario debido a la especial vulnerabilidad de esta población en virtud del envejecimiento social, la estigmatización, la exclusión, así como la discapacidad y la dependencia que pueden conferir los trastornos mentales en la vejez. Los siguientes valores deben sustentar dicho marco<sup>9</sup>:

- *Independencia*: los adultos mayores con problemas de salud mental tienen derecho a contribuir útilmente a la sociedad y a tomar su propia decisión sobre asuntos que afectan a la vida y la muerte. Sin embargo, aquellos que no son capaces de vivir de forma independiente, tienen el derecho de confiar en los demás, por ejemplo, en la ayuda de la comunidad.
- *Seguridad*: los adultos mayores con problemas de salud mental tienen derecho a vivir de forma segura, con alimentos y viviendas adecuados, libres de violencia, abuso, negligencia y explotación.
- *Cuidado y tratamiento*: los adultos mayores con problemas de salud mental deben beneficiarse de la atención y protección familiar y de la comunidad y tener acceso a la atención sanitaria para mantener o recuperar su nivel óptimo de funcionamiento y bienestar y prevenir o retrasar el deterioro.
- *Confidencialidad*: los adultos mayores con problemas de salud mental tienen derecho a esperar que la información sobre ellos debe ser tratada confidencialmente. El nivel de cualquier violación de la confidencialidad debe ser tanto proporcionado como necesario. Esto es culturalmente sensible.

La buena salud y una vida de buena calidad son reconocidas como derechos humanos fundamentales, en el respeto de la dignidad humana. Los adultos mayores tienen derecho de acceso a una serie de servicios que pueden responder a sus necesidades sociales y de salud. Estas necesidades deben satisfacerse adecuadamente para el entorno cultural y de conformidad con los conocimientos científicos y los requisitos éticos<sup>10</sup>. La dignidad humana puede ser violada de múltiples maneras, tales como humillación, instrumentalización u objetificación, degradación y deshumanización. Todo este tipo de infracciones pueden estar presentes durante la actividad clínica. El estigma y la discriminación contra los adultos mayores son factores importantes que contribuyen a reducir el acceso a la atención de los adultos mayores.

## Estigma y discriminación contra los adultos mayores con trastornos mentales

Todas las personas con un trastorno mental (o que estén siendo tratadas como tales) serán tratadas humanamente y respetando la dignidad inherente de la persona humana. Por lo tanto, de ello se deduce que la estigmatización de las personas con trastornos mentales debe contrarrestarse dondequiera que se produzca. Dado que el estigma contra la vejez también ocurre en muchas sociedades (aunque no todas), independientemente del estigma contra los trastornos mentales, existe un “doble peligro” para

9- World Health Organization. Organization of care in psychiatry of the elderly: a technical consensus statement. WHO/MSA/MNH/MND/97.3. WHO, Geneva, 1997

10- Katona C, Chiu E, Adelman S, et al. World psychiatric association section of old age psychiatry consensus statement on ethics and capacity in older people with mental disorders. Int J Geriatr Psychiatry 2009; 24: 1319-1324



las personas mayores con trastornos mentales, y ambas cuestiones deben ser abordadas con estrategias contra el estigma para este grupo de edad. Este estigma es inaceptable y toda persona tiene derecho a ser protegida de él. Contrarrestar el estigma y la discriminación es un deber de los gobiernos, las ONG, los servicios, las organizaciones de pacientes, las familias y las comunidades. Para ser eficaces, tendrán que trabajar en asociación. Las acciones contra el estigma y la discriminación de las personas mayores con trastornos mentales: - debería ser una prioridad de todos, para lograr el estado de bienestar físico, psicológico y social definido por la Constitución de la OMS; debe formar parte de la promoción de una buena salud mental mediante la formación profesional y la educación pública, y debe ser un componente importante de todos los niveles de un programa de salud y atención social<sup>11</sup>. Estas acciones sólo resultarán si toda la comunidad participa en este esfuerzo.

## Dignidad y determinantes sociales de la salud

No hay buena salud mental en ausencia de buenos entornos sociales, económicos y físicos. El bienestar mental es un activo de individuos, comunidades y poblaciones cuyo valor puede cambiar a lo largo de la vida, especialmente al final de la vida. La salud mental de alguien se ve afectada por una serie de determinantes a lo largo de la vida, como el patrimonio genético, las experiencias personales y el entorno en el que viven las personas.

Los determinantes sociales de la salud son las condiciones en las que las personas nacen, crecen, viven, trabajan y envejecen y que están moldeadas por la distribución de dinero, poder y recursos a nivel global, nacional y comunitario<sup>12</sup>. Estos determinantes sociales se asocian con trastornos mentales al contribuir a su inicio o curso. Las desigualdades sociales se asocian con un mayor riesgo de trastornos de salud comunes– incluidos los trastornos de salud mental – e incluso de muerte prematura.

Los determinantes sociales pueden desempeñar un papel como factores de riesgo para los problemas de salud mental (desempleo, pobreza, desigualdades, estigma y discriminación, vivienda precaria, mala experiencia en los primeros años, violencia, abuso, abuso de drogas y alcohol, mala salud general, ausencia de cuidado), mientras que otros pueden ser factores protectores (protección social, resiliencia, redes sociales, compromiso comunitario positivo, vida espiritual positiva, esperanza, optimismo, buena salud general, interacciones familiares de buena calidad, relaciones intergeneracionales positivas).

Actuando sobre los determinantes sociales de la salud, es posible contribuir a promover la dignidad de los adultos mayores y una mejor salud mental subjetiva además del bienestar de las personas mayores, para desarrollar la capacidad de las comunidades para manejar la adversidad, y para reducir la carga y

11- WHO/WPA. Reducing stigma and discrimination against older people with mental disorders. WHO/MSD/MBD/02.3. WHO, Geneva, 2002

12- de Mendonça Lima CA. Social determinants of health and promotion of mental health in old age. In: Bährer-Kohler S. Social Determinants and Mental Health. Nova Science Publishers, Inc, New York, 2011. Pp.: 203-213.

las consecuencias de los problemas de salud mental. Las desventajas debido a los problemas de salud mental en la vejez dañan la cohesión social de las comunidades y las sociedades al disminuir la confianza interpersonal, la participación social y el compromiso cívico<sup>13</sup>.

## Recomendaciones

1. Los gobiernos de todos los niveles deben velar por que:

- Los principios de bienestar social se incluyan en sus políticas y programas de salud mental y que los adultos mayores con enfermedades mentales y sus familias se incluyan en el diseño e implementación de estas políticas y programas;
- Exista una distribución equitativa y universal del poder y los recursos a nivel mundial, nacional y local a fin de satisfacer las necesidades de salud mental de la población de edad avanzada;
- Haya paridad de fondos para apoyar la promoción de la salud mental y la prevención y gestión de los trastornos mentales. Las Naciones Unidas, la OMS y el Banco Mundial deben continuar su colaboración para garantizar la paridad de la financiación de la salud mental y física;
- Haya políticas y programas específicos para reducir tanto el estigma como la discriminación contra los adultos con trastornos mentales en colaboración con otros grupos e individuos;

2. Las asociaciones y organizaciones locales, regionales, nacionales e internacionales de profesionales de la salud social y mental, usuarios de servicios, familias y cuidadores deberían poder abogar por la promoción de los determinantes sociales de la salud y denunciar cualquier atentado a la dignidad en la atención de las personas mayores con trastornos de salud mental;

3. La colaboración entre la atención primaria, la atención secundaria, la atención social, los usuarios de los servicios de salud mental y sus familias, cuidadores y comunidades, la sociedad, los gobiernos y las ONG, es la manera de acelerar la entrega de la mejor cobertura de salud mental posible y mejorar la salud mental y el bienestar social de la población de edad avanzada;

4. Las instituciones involucradas en la educación y capacitación de todos los profesionales de salud mental y atención social que trabajan con personas mayores deben incluir en todos los planes de estudio de pregrado y postgrado:

- Diferentes cuestiones de prevención, atención, tratamiento y rehabilitación en la salud mental de los adultos mayores;
- El desarrollo de competencias para gestionar las cuestiones globales de las dimensiones de salud y social en la vejez;

13- Searight HR, Gafford J. Cultural diversity at the end of life: issues and guidelines for family physicians. *American Family Physician*. 2005;71(3):515 – 522

5. El aislamiento social es un factor de riesgo para una pobre salud mental, que puede afectar la autoestima de los adultos mayores. Los gestores de salud y atención social deben garantizar que existan políticas, programas e instalaciones para identificar y ayudar a los adultos mayores en riesgo de aislamiento social;

6. Las mujeres mayores a menudo se enfrentan a riesgos específicos que aumentan su vulnerabilidad tanto como dolientes de problemas de salud mental como cuidadores. Deben reforzarse las políticas de apoyo a ellas y las intervenciones para prevenir los problemas de salud mental y el aislamiento en las mujeres mayores.

Traducción: Miguel Arriagada Tudor  
Edición: Camila Espinoza

## Cómo la inversión en atención primaria puede promover el acceso a la salud mental en atención primaria

### **CHRISTOPHER DOWRICK**

*Presidente, WONCA Working Party for Mental Health; Profesor de Atención Médica Primaria, University of Liverpool UK; <cfid@liv.ac.uk>*

### **JOSEPH ADEKUNLE ARIBA**

*Vice-Presidente Regional (Africa), WONCA Working Party for Mental Health; Consultant Family Physician, Department of Family Medicine, Olabisi Onabanjo University Teaching Hospital, Sagamu, Nigeria.*

### **SANDRA FORTES**

*Profesora Asociada de Psicología Médica y Salud Mental, School of Medical Sciences, University of Rio de Janeiro State, Brazil.*

### **KIM GRISWOLD**

*Vice-Presidenta Regional (America del Norte) WONCA Working Party for Mental Health; Profesora, Department of Family Medicine, Jacobs School of Medicine and Biomedical Sciences, State University of New York at Buffalo, Buffalo New York.*

### **PRAMENDRA PRASAD GUPTA**

*Vice-Presidente Regional (Asia del Sur) WONCA Working Party for Mental Health; Profesor Asociado, Department of General Practice and Emergency Medicine, B.P. Koirala Institute of Health Sciences, Dharan, Nepal*

### **RYUKI KASSAI**

*Profesor y Presidente, Department of Community and Family Medicine, Fukushima Medical University, Fukushima, Japan*

### **ABDULLAH AL-KHATAMI**

*Vice-Presidente Regional (Este Mediterráneo) WONCA Working Party for Mental Health; Director del Programa de Salud Mental Primaria, Ministry of Health, Saudi Arabia*

### **CINDY LAM**

*Vice-Presidenta Regional (Asia Pacífico) WONCA Working Party for Mental Health; Profesora Clínica, Department of Family Medicine & Primary Care, the University of Hong Kong*

**DONALD LI**

*Presidente, World Organisation of Family Doctors.*

## Introducción

La integración de los servicios de salud mental en la atención primaria de salud es una recomendación sanitaria fundamental. En el histórico informe de 2008 *Integrando la salud mental en la atención primaria*, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Organización Mundial de Médicos de Familia (WONCA, en su sigla en inglés) explicaron por qué la inversión en la atención primaria de salud mental es tan urgente. Ésta mejora los resultados de salud mental de los pacientes al permitir un mejor acceso a la atención, aumentar la detección y el manejo eficaz de los problemas de salud mental comunes y brindar una atención fluida a los pacientes con problemas de salud física y mental comórbidos. También tiene beneficios sociales, morales y políticos más amplios, ya que permite la integración social, reduce el estigma y protege los derechos humanos<sup>1</sup>.

Podemos considerar la atención colaborativa como un referente fundamental para un modelo eficiente de mejora de la atención en salud mental. Basada en la atención primaria, e integrándola con profesionales especializados, la atención colaborativa facilita el acceso, apoya el desarrollo de intervenciones comunitarias interdisciplinarias y previene la estigmatización y el aislamiento de las personas con trastornos mentales, ya que el tratamiento se ofrece como parte de la atención general de salud.

A pesar de las creencias comunes, la inversión adecuada en una atención primaria de salud mental no es simplemente una cuestión de brindar capacitación relevante a los trabajadores de primera línea existentes. También se necesita un financiamiento sostenido para permitir la creación de una fuerza laboral motivada con una variedad de habilidades relevantes, fácil acceso a medicamentos e intervenciones psicológicas asequibles y confiables, sistemas de información apropiados y un sistema de prestación de servicios receptivo. Esto solo se puede lograr con un compromiso político de alto nivel para gestionar compensaciones y dejar realizar inversiones, lo que a menudo resulta incómodo en otras partes de la economía de la salud.

En este documento, miembros de alto nivel del Grupo de Trabajo de Salud Mental de WONCA, proporcionan actualizaciones sobre el estado actual de la inversión en atención primaria de salud mental en siete contextos de ingresos altos, medios y bajos. Mostramos cómo se ha avanzado en la última década, pero somos conscientes de que aún queda mucho por hacer.

---

1- World Health Organisation and World Organisation of Family Doctors. *Integrating Mental Health into Primary Care: a Global Perspective*. Geneva, 2008.

## Contextos de alto ingreso

En los Estados Unidos, la inversión en atención primaria varía entre el 5% y el 10% del gasto total en atención médica: esto incluye a todo el equipo de atención primaria, no solo a los médicos de familia y especialistas en salud conductual. Los principales obstáculos en el sistema de salud de EE. UU., incluida la mala distribución geográfica y la escasez de profesionales psiquiátricos, significan que los médicos de familia son la fuente principal de atención de salud mental, especialmente para las poblaciones vulnerables y las que más necesitan atención. La pandemia de COVID y sus efectos devastadores en las comunidades resaltan aún más la tremenda necesidad de servicios de salud mental y del comportamiento, y la importancia de invertir en la atención de primera línea<sup>2</sup>. Durante la última década, las prácticas de atención primaria han comenzado a formar constelaciones de atención, mejorando sus roles de atención colaborativa e integradora, y asegurando un mejor acceso y equidad para las poblaciones que sufren disparidades en la atención médica<sup>3</sup>. El análisis continuo a nivel estatal está examinando cómo los esfuerzos legislativos y regulatorios en ciertos estados pueden lograr la reasignación de recursos a la atención primaria.

Las consultas de atención primaria por problemas de salud mental en Hong Kong han aumentado en más del 25% desde el cambio de siglo<sup>4,5</sup>. Este mayor acceso se debe a la inversión del gobierno de Hong Kong en puestos de capacitación en medicina familiar y la mejora del servicio de salud mental en las clínicas de atención primaria pública. La capacitación ha involucrado, habilitado y empoderado a los médicos de familia para diagnosticar y manejar problemas comunes de salud mental. Se han establecido programas multidisciplinarios de salud mental integrados en las clínicas de atención primaria de todo el territorio. Estos programas han facilitado el acceso de los pacientes al asesoramiento psicológico por parte de psicólogos clínicos o terapeutas ocupacionales y consultas con psiquiatras en colaboración con médicos de familia en atención primaria. El financiamiento de la investigación en atención primaria también ha informado a los médicos de familia en Hong Kong sobre cómo promover un mejor acceso a la atención de salud mental<sup>6</sup>.

Arabia Saudita ha experimentado una inversión sostenida en la atención primaria de salud mental. Casi la mitad de todos los centros de atención primaria incluyen ahora servicios de salud mental. Un enfoque innovador de entrevistas de pacientes, el modelo de 5 pasos ha sido validado por psiquiatras expertos y médicos de familia<sup>7</sup>. Hasta la fecha, 1200 médicos de familia y 847 enfermeras, que trabajan en más de 1000 centros de salud primaria, han sido capacitados en este enfoque. Aplicado no solo en Arabia

2- Petterson S, Westfall JM, Miller BF. Projected Deaths of Despair from COVID-19. Well Being Trust and Robert Graham Center. May 8, 2020.

3- <https://www.aafp.org/about/policies/all/mental-services.html>

4- Lee A, Chan K, Wun Y, Ma P, Li L, Siu P. Morbidity Survey in Hong Kong 1994. *HK Pract* 1995; 17: 246-55.

5- Lo Y, Lam CL, Lam T, Lee A, Lee R, Chiu B, Tang J, Chui B, Chao D, Lam A, Chan K. Hong Kong primary care morbidity survey 2007-2008. *HK Pract* 2010; 32: 17-26.

6- Chin WY, Chan K, Lam CL, Lam T, Wan E. Help-seeking intentions and subsequent 12-month mental health service use in Chinese primary care patients with depressive symptoms. *BMJ Open* 2015; 5:e006730

7- Al-Khatami AD. *A guide to Medical Teaching and Learning*. Partridge, Singapore, 2018.

Saudita sino también en Egipto, Marruecos y Sudán desde 2016, esto ha empoderado al personal para brindar atención de salud mental en clínicas ocupadas.

Por el contrario, la salud mental en la atención primaria rara vez se menciona en Japón. Muchos japoneses sufren la estigmatización del trastorno mental, que se considera intratable, y terminan pasando su vida en una institución<sup>8</sup>. A pesar de tener la mayor proporción de personas de 80 años o más (8,5% de la población) y la mayor prevalencia de demencia (25 por 1000 habitantes)<sup>9</sup>, rara vez se aborda la salud mental de los cuidadores. El apoyo a la salud mental en el trabajo es limitado y el tratamiento de los trastornos mentales no está estandarizado. La tasa de suicidios en este grupo es alta. Además, en un sistema de pago por servicio, rara vez se considera la rentabilidad, y las investigaciones innecesarias y la polifarmacia son comunes.

El gobierno japonés declaró que los trastornos mentales eran una prioridad en 2011 y *Las Revisiones de la OCDE sobre la calidad de la atención médica: Japón (2015)* recomendó el establecimiento de atención primaria para garantizar una atención de salud mental de alta calidad<sup>10</sup>. Sin embargo, sigue faltando liderazgo gubernamental y una política eficaz en esta área. En 2018, el Grupo de Trabajo de Salud Mental de WONCA, en colaboración con el profesorado local, llevó a cabo con éxito un curso de “Formación de formadores” en atención primaria de salud mental, ejemplificado como una inversión en formación de alta calidad. Además, en 2020, al recibir la acreditación internacional de WONCA, la Asociación de Atención Primaria de Japón fundó un comité que prioriza la salud mental. Aunque éstos son pequeños pasos, esperamos que surjan avances significativos.

## Contextos de medio y bajo ingreso

El modelo brasileño de *Soporte Matriz*, donde equipos de profesionales de la salud mental especializados van a las unidades de atención primaria de la comunidad para trabajar junto con sus equipos interdisciplinarios, es un excelente ejemplo de atención colaborativa en acción. Implementado como parte de dos cambios importantes en el Sistema Nacional de Salud de Brasil (la Estrategia de Salud de la Familia en la Atención Primaria y la Reforma Psiquiátrica en la Salud Mental), ha contribuido a desarrollar la atención primaria integrada de la salud mental<sup>11 12</sup>. Pero la implementación de nuevas políticas de

8- Ando S, Yamaguchi S, Aoki Y, Thornicroft G. Review of mental-health-related stigma in Japan. *Psychiatry Clin Neurosci* 2013; 67(7):471-82.

9- OECD, *Health at a Glance 2019: OECD Indicators*, OECD Publishing, Paris, 218-219 and 224-225. <https://doi.org/10.1787/4d50c09-en>. 2019

10- OECD, *OECD Reviews of Health Care Quality: Japan 2015: Raising Standards*, OECD Publishing, Paris, 38-41. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264225817-en>. 2015

11- Athie K., Menezes ALA, Silva AM, Campos M. Delgado PG, Fortes S, Dowrick C. Perceptions of Health Managers and Professionals about Mental Health and Primary Care Integration in Rio de Janeiro: a mixed methods study. *BMC Health Services Research* 2016;16: 532.

12- Macinko J, Harris MJ. Brazil Family Health Strategy: Delivering Community-Based Primary Care in a Universal Health System. *N Eng J Med* 2015;372:23-2177-2181

salud pública depende de una definición clara de los cambios deseados y de la estabilidad y universalidad de los sistemas de políticas. Las decisiones de política a menudo pueden ser inestables, especialmente en los países de ingreso bajo a medio, y varían de una región a otra<sup>13</sup>. La experiencia brasileña ha demostrado los problemas que pueden surgir de la variación en la provisión de medios adecuados para asegurar que los cambios sean estables. Estos incluyen pago, capacitación, insumos y compromiso de los administradores con las políticas públicas. Al ser un país tan grande, con el sistema de salud pública universal más grande del mundo, Brasil es un ejemplo de lo importante que es proteger los avances en la salud pública, especialmente en tiempos tormentosos de problemas políticos.

Alrededor del 35% de la población de Nepal padece trastornos mentales. Sin embargo, el presupuesto asignado para la salud mental es insuficiente: sólo 0,59 personas trabajan en salud mental por cada 100.000 habitantes, 0,13 son psiquiatras<sup>14</sup>. A nivel comunitario, la provisión de psicoterapia es insignificante. Para brindar servicios de salud mental en la atención primaria de salud, se debe saber cómo diagnosticar y tratar a las personas con trastornos mentales; deben tener estrategias para prevenir los trastornos mentales. Los trabajadores de la atención primaria de salud deben poder aplicar habilidades clave de las ciencias psicosociales y del comportamiento, por ejemplo, entrevistas, asesoramiento y habilidades interpersonales, en su trabajo diario con el fin de mejorar los resultados generales de salud en la atención primaria de salud. Para implementar esto se necesita mucha planificación cuidadosa. Debemos invertir en la formación del personal para detectar y tratar los trastornos mentales y reducir la reticencia general de los trabajadores de atención primaria a trabajar con trastornos mentales. Esto es especialmente necesario en países como Nepal, donde los psiquiatras no están disponibles en lugares remotos. Los proveedores de atención médica que trabajan en centros de salud remotos necesitan capacitación para desarrollar habilidades para brindar una mejor atención de salud mental<sup>15</sup>. Estos proveedores también necesitan motivación en términos de salario, condiciones de trabajo, actualización de sus conocimientos actuales en salud mental. Se necesitan con urgencia fondos adicionales en Nepal para desarrollar las estructuras y los recursos humanos existentes para brindar la mejor atención de salud mental.

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias son frecuentes en África, y la mayoría de los sistemas de salud africanos están de acuerdo en que la mejor manera de lograr resultados óptimos de salud mental es mediante la integración de los servicios de salud mental en el marco general de la atención primaria de salud existente<sup>16</sup>. La prestación de servicios de salud mental en la atención primaria requiere diagnosticar y tratar a las personas con trastornos mentales comunes, implementar

13- Means AR., Kemp CG. et al. Evaluating and optimizing the Consolidated Framework for Implementation Research for use in low and middle income countries : a systematic review. *Implementation Science* 2020;15:17.

14- Rijal A. Mental Health Situation in Nepal and Priorities for interventions. *Health Prospect: journal of public health*. 2018 Apr 17(special issue):1-3.

15- Gupta PP, Jyotsana P, Larrison C, Rodrigues S, Lam C, Dowrick C. Effectiveness of mental health community training on depression and anxiety to the health care profession working in rural centers of eastern Nepal. *J Family Med Prim Care* 2020;9:2416-9.

16- Charlson FJ, Diminic S, Lund C, Degenhardt L, Whiteford HA. Mental and Substance Use Disorders in Sub-Saharan Africa: Predictions of Epidemiological Changes and Mental Health Workforce Requirements for the Next 40 Years. *PLoS ONE* 2014;9(10): e110208. 8.



estrategias para prevenir los trastornos mentales, garantizar que los trabajadores de atención primaria estén capacitados para aplicar las habilidades psicosociales y conductuales clave, y asegurar la pronta derivación de quienes necesiten atención especializada. Estas actividades y habilidades dependen de un sistema de atención primaria funcional con una inversión adecuada en mano de obra, formación, intervenciones farmacológicas y psicológicas y sistemas de información eficaces. Lamentablemente, estos ingredientes básicos faltan notablemente en la mayoría de los sistemas de salud africanos<sup>17 18</sup>. Estas deficiencias deben abordarse con urgencia. La inversión dirigida a corregir estas anomalías en los sistemas de atención primaria de salud en África promoverá en última instancia el acceso a una atención de salud mental eficaz.

## Conclusiones

Independientemente del entorno, sigue existiendo una necesidad urgente de una inversión sostenida en la atención primaria a fin de lograr mejoras genuinas en la atención de la salud mental. Una política de salud activa y una fuerte voluntad política son necesarias, pero no suficientes. La formación eficaz y continua de los médicos de familia y otro personal de atención primaria es fundamental para que la política se traduzca en práctica. También lo es la inversión en la capacidad de los servicios de atención primaria para permitir citas más largas y la continuidad de la atención para los pacientes que necesitan apoyo continuo. Necesitamos vías de atención eficaces entre los servicios, mejoras en los procesos de derivación y apoyo emocional para el personal de atención primaria. Debemos mejorar el proceso de derivación para que los médicos de familia puedan acceder fácilmente a más apoyo para las personas que se sienten suicidas.

Es fundamental incorporar la atención de la salud mental al tejido de la atención primaria. “Esto requiere visión, alineación con un marco y un método para responsabilizar a los interesados de los resultados centrados en la persona”.

Traducción: Camila Espinoza  
Edición: Miguel Arriagada Tudor

---

17- Bresick G, Christians F, Makwero M, Besigye I, Malope S, Dulliel L. Primary health care performance: a scoping review of the current state of measurement in Africa. *BMJ Global Health* 2019;4:e001496.

18- Onokerhoraye AG. Achieving Universal Access to Health Care in Africa: The Role of Primary Health Care. 2016, 20(3):30.

## El acceso a la atención secundaria requiere inversión

### **DINESH BHUGRA**

*Institute of Psychiatry(KCL), Londres*

### **ANTONIO VENTRIGLIO**

*University of Foggia, Foggia,*

### **KORAVANGATTU VALSRAJ**

*South London and Maudsley Foundation NHS Trust, Londres*

## Ideas Clave

- Los servicios de atención secundaria son necesarios como parte integral de los servicios de salud mental para que los pacientes con enfermedades mentales graves sean evaluados y tratados especialmente, si no pueden ser atendidos en la atención primaria.
- Las evaluaciones deben ser culturalmente apropiadas y sensibles para que quienes las requieran puedan sentirse cómodos al utilizarlas.
- Los servicios de hospitalización también necesitan ser seguros, geográfica y emocionalmente accesibles, culturalmente apropiados para que los pacientes y sus familias se sientan cómodos utilizándolos. Esto requiere recursos adecuados, considerando para ello los determinantes geopolíticos de la salud.
- A nivel global, la principal causa de discapacidad y pérdida de productividad se debe a enfermedades relacionadas a la salud mental, por lo que, reducir el impacto mediante el mayor acceso, puede generar ganancias en la economía.

## Introducción

En la atención de salud a nivel mundial, generalmente existen cuatro niveles de atención: Primario, secundario, terciario y cuaternario. La mayoría de los casos serán atendidos por la atención primaria y secundaria. Rara vez las personas necesitarán asistir a los niveles terciarios y cuaternarios, los que corresponden a centros altamente especializados. Según el sistema de salud disponible en un cultura y sociedad determinada, las personas pueden acceder directamente a la atención secundaria consultando a los especialistas sin necesidad de recurrir a los médicos de atención primaria. La atención secundaria consiste, por tanto, en la atención de especialistas así como también al ingreso a unidades psiquiátricas, ya sea que éstas se encuentren en urgencias u hospitales generales, o instituciones

psiquiátricas separadas. La atención secundaria es necesaria para muchas personas, incluso cuando la atención de salud mental en la comunidad está bien gestionada y bien proporcionada. Resulta vital asegurar que quienes la necesitan reciban la mejor y más apropiada atención.

## Definición de atención secundaria

Para el propósito de este artículo, atención secundaria se define como el cuidado médico entregado por un especialista quien podría estar especializado en un tema específico, órgano, enfermedad o una combinación de estos elementos. En muchos países el acceso a la atención secundaria es controlado por médicos de salud primaria. Este tipo de atención es comúnmente brindada en hospitales e incluirá servicios en caso de accidentes y emergencias, pacientes ambulatorios, maternidad, niños y adolescentes, servicio genitourinario, salud sexual, servicios psiquiátricos, salud mental en niños y adolescentes, etc.

## Antecedentes

En el caso de servicios de salud mental secundaria utilizamos como marco de trabajo el modelo de Goldberg-Huxley<sup>1</sup> el cual puede utilizarse para establecer servicios secundarios. El modelo Goldberg-Huxley combina enfoques bio-psico-sociales y propone un esquema piramidal, argumentando que la mayoría de los casos psiquiátricos pueden ser tratados en la comunidad. El modelo original fue propuesto hace 40 años, y es un método ampliamente reconocido para el cuidado de la salud mental. El modelo, perfeccionado el 1995, sugiere que cerca de 20.8 adultos por cada 1000 habitantes por año estarán en contacto con servicios especializados de salud mental<sup>2</sup>. O Claramente ha habido cambios sociales significativos en los últimos 25 años, y tal vez en la prevalencia de trastornos psiquiátricos. En consecuencia, los cambios en los servicios del Reino Unido con un financiamiento inadecuada, el cierre de antiguos asilos, la reducción de camas de hospitalización, la desintegración de los equipos genéricos de salud mental de la comunidad, la disolución de las asociaciones de atención sanitaria y social, y la fusión de los fondos de salud mental y los fondos de la comunidad se han sumado a los problemas.

Las instituciones psiquiátricas suelen tener mala prensa debido al hacinamiento, la falta de privacidad y los problemas de confidencialidad. No cabe duda de que muchas instituciones psiquiátricas son, en efecto, lugares aterradores que contribuyen a aumentar este estigma. La presión sobre las camas y el financiamiento de los servicios secundarios puede ser un verdadero problema en muchos países.

1- Goldberg, D. & Huxley, P. (1980) *Mental Illness in the Community: The Pathway to Psychiatric Care*. London: Tavistock Publications.

2- Goldberg, D. (1995) Epidemiology of mental disorders in primary care settings. *Epidemiologic Reviews*, 17, 182–190

De las personas que entran en contacto con los servicios de atención secundaria, una pequeña proporción requerirá la evaluación de especialistas y una menor proporción requerirá el ingreso en una unidad psiquiátrica. Por lo tanto, es muy posible que los que sean admitidos tengan enfermedades mentales graves como esquizofrenia, trastornos bipolares o las enfermedades crónicas y refractarias. En el pasado, los asilos o las instituciones psiquiátricas ofrecían asilo en el verdadero sentido de la palabra, dando a las personas espacio para recuperarse. Incluso hace treinta años en el Reino Unido, los pacientes internos habrían incluido a pacientes con ansiedad y depresión moderada. No hay duda de que la institucionalización creó grandes problemas para los pacientes, pero también para la imagen pública de la psiquiatría, y, en consecuencia, la de los psiquiatras y otros profesionales de la salud mental, las que se vieron tremendamente afectadas. En el Reino Unido, como en muchos otros países, esto llevó a un cambio en los equipos y centros de salud mental comunitarios, creando un cambio bien recibido. Sin embargo, la suposición general de las fuentes de financiamiento fue que los servicios comunitarios pueden prestarse a bajo costo, y una vez más el enfoque se desplazó hacia los trastornos mentales comunes y muchas personas con enfermedades mentales graves se escabulleron entre las grietas. En el Reino Unido, la siguiente oleada fue de mayor especialización de los servicios como los equipos de tratamiento en el hogar, los equipos de intervención en crisis, los equipos de intervención temprana, los equipos de difusión asertiva, el equipo de enlace de salud mental de atención primaria, el servicio de apoyo a la medicación, los equipos de rehabilitación comunitaria, etc., creando así más barreras para los pacientes. A los pacientes, sus cuidadores y familias les resultaba muy difícil atravesar estas divisiones. En el Reino Unido, el concepto de equipo genérico de salud mental comunitaria fue deconstruido mediante la creación de vías basadas en el diagnóstico, vías especializadas y equipos de vías de tiempo limitado, lo que provocó la discontinuidad de la atención desde la perspectiva del paciente y el cuidador. Otras naciones que planean viajar en esa dirección necesitan recordar estas lecciones. Esa fragmentación ha contribuido a bajar la moral tanto del personal de atención primaria como de atención secundaria, ya que los primeros sienten que sus preocupaciones no se toman en serio y los segundos sienten la presión de la tensión en el sistema y los obstáculos a los conceptos básicos de la calidad de la atención de salud esbozados por la OMS<sup>3</sup>.

## El contexto actual

El Plan a Largo Plazo del Servicio Nacional de Salud (NHS por sus siglas en inglés) ha renovado su compromiso para una mayor y más rápida inversión en salud mental<sup>4</sup> y el NHS de Inglaterra ya está cumpliendo con los objetivos establecidos por la Comisión Lancet en salud mental global, según la cual los países de altos ingresos deberían dedicar al menos el 10% de su presupuesto de servicios de salud a la

3- Quality of Care – WHO [https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf) -last accessed on 16 June 2020

4- NHS Long Term Plan – can be accessed via this link <https://www.longtermplan.nhs.uk/wp-content/uploads/2019/08/nhs-long-term-plan-version-1.2.pdf> - last accessed on 16 June 2020

salud mental<sup>5</sup>. Aún existen varios desafíos financieros y de financiamiento, a pesar de la estrategia para reformar la atención en salud mental en la Visión de Cinco años para la salud mental<sup>6</sup>, y el compromiso para promover paridad de respeto<sup>8</sup>. En 2018 el análisis del Fondo del Rey (King's Fund) reveló que, si bien se hace hincapié en la asignación de fondos para apoyar la sostenibilidad y el rendimiento, seguirá existiendo la brecha entre el crecimiento del financiamiento para los proveedores de servicios de salud mental y los proveedores de servicios de urgencias. El análisis también pone de relieve que, a pesar del aumento de los ingresos de los fondos de salud mental en 2016/17 y de la implementación del Estándar de Inversión en Salud Mental, muchos de ellos siguen viendo reducidos sus ingresos<sup>7</sup>. Como profesionales, tenemos la obligación moral de defender a nuestros pacientes y es necesario renovar el contrato de la psiquiatría con la sociedad.

## Camino a Seguir y Recomendaciones

No cabe duda de que, a pesar de todas las promesas, la estrategia y los documentos de política, parece haber una falta de esfuerzo coordinado en la aplicación de una sólida atención secundaria bien integrada y robusta. Cuando ha habido un aumento del nivel de financiación, a menudo se ha centrado en vías de atención especializada en lugar de fortalecer la atención secundaria genérica más amplia. La inyección de fondos ha tenido un costo al reducir la base de camas y la prestación de atención a los pacientes internos.

Las futuras estrategias deberían incorporar los principios establecidos en el Plan a Largo Plazo de la NHS y Visión de Cinco años para la salud mental:

- Servicios integrados y coordinados en la atención secundaria
- Reforzar la interfaz primaria secundaria con una interfaz dinámica en lugar de límites herméticos
- Optimizar el potencial de la tecnología digital para mejorar el acceso que se ha vuelto más relevante en este mundo producto del Covid-19
- Todos los departamentos de emergencias en los hospitales deben aspirar hacia los estándares críticos, y al mismo tiempo, ser dirigidos por los fondos de salud mental en la región
- Proporcionar capacitación a los profesionales de todo el sector de la salud para concientizarlos acerca de la salud mental y fomentar las derivaciones tempranas para la intervención y la atención temprana
- Abordar el estigma y los aspectos culturales de la forma en que se perciben los trastornos mentales

5- Royal College of Psychiatrists. Whole-person care: from rhetoric to reality (achieving parity between mental and physical health). Occasional paper 88. RCP, 2012.

6- The King's Fund, Funding and staffing of NHS mental health providers: still waiting for parity, January 2018. - can be accessed via this link <https://www.kingsfund.org.uk/publications/funding-staffing-mental-health-providers> - last accessed on 16 June 2020

7- Bhugra, D. (2008). Renewing psychiatry's contract with society. *Psychiatric Bulletin*, 32(8), 281-283. doi:10.1192/pb.bp.108.020560

- Compartir ejemplos de innovación, buenas prácticas y aprendizaje - Involucrar a los líderes religiosos de la comunidad, líderes comunitarios, maestros, etc.
- Más estrecha colaboración con el sector terciario
- Unión de las prioridades de la comisión que vinculan la salud, la atención social y la salud pública, alineando así la prevención y la promoción

La atención debe ser oportuna, segura, efectiva, eficiente, equitativa y centrada en la persona<sup>8</sup>

## Conclusión

Es importante reconocer que nunca habrá suficientes recursos, por lo que, en el diálogo con los pacientes, el público y encargados de la formulación de políticas, los profesionales deben pensar en forma innovadora para diseñar, desarrollar y prestar servicios. Es esencial llegar a un acuerdo para que los servicios de atención secundaria se adapten a los fines que se persiguen en función de las necesidades locales.

Traducción: Claudia A. Cornejo-Araya

Edición: Juan Cortés Aravena

---

8- Quality of Care – WHO [https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare\\_B.Def.pdf](https://www.who.int/management/quality/assurance/QualityCare_B.Def.pdf) -last accessed on 16 June 2020

## mhGAP como una herramienta para promover la inversión y el acceso

**DR PETER HUGHES**

*MB BAO BCh MSC FRCPsych*

El programa de acción sobre la brecha en materia de salud mental (mhGAP en inglés), es un programa de la OMS para promover el acceso de la comunidad a la salud mental<sup>8</sup>.

El programa se inició con la OMS el 2008 en respuesta a la falta de trabajadores de la salud mental en los países de bajos y medianos ingresos, y a la evidente carga de las condiciones de la salud mental<sup>1</sup>.

mhGAP significa brecha de salud mental. Esta es una brecha entre lo que está disponible para las personas con problemas de salud mental y la necesidad existente. Ésta puede llegar al 99% en algunos países y existe incluso en los países desarrollados<sup>2</sup>.

Hay muchos aspectos diferentes en el programa, pero el manual es la herramienta clave que los trabajadores sanitarios no especializados deben utilizar para evaluar y gestionar la salud mental, el abuso de sustancias y ciertas afecciones neurológicas<sup>3</sup>. Estas últimas incluyen epilepsia y demencia.

Es para quienes prescriben y no prescriben medicamentos y todo en el mhGAP está basado en la evidencia, utilizando investigaciones de todo el mundo.

Con esto se pretende que en los países con pocos trabajadores de la salud mental, las personas puedan acceder a sus necesidades de atención de la salud mental cerca de sus hogares de manera no estigmatizante y económica.

Hay evidencia de que la mayoría de los problemas de salud mental pueden ser manejados en los niveles de atención primaria<sup>4</sup>. Los casos complejos o resistentes al tratamiento pueden derivarse a psiquiatras especializados que desempeñan un papel muy importante, no sólo en el tratamiento de esos casos difíciles, sino también en el apoyo a los trabajadores sanitarios de atención primaria mediante la supervisión y el asesoramiento.

1- WHO (2010) *Mental Health Gap Action Programme (mhGAP): Scaling Up Care for Mental, Neurological and Substance Abuse Disorders*. World Health Organization

2- Hughes P, Thomson S. mhGAP Action Programme 6 Progress in Neurology and Psychiatry pg 4-6, Vol 23 Iss.4 2019

3- World Health Organization. (2016). mhGAP intervention guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings: mental health Gap Action Programme (mhGAP), version 2.0. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>

4- Keynejad RC, Dua T, Barbui C, et al : WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evidence-Based Mental Health* 2018;21:30-34.

Me encontré con este modelo (mhGAP) por primera vez el 2010, cuando estaba trabajando para integrar la salud mental en la atención primaria después del terremoto de Haití. Estaba apoyando a los médicos de atención primaria en cómo evaluar y manejar la salud mental en un entorno de atención primaria. No teníamos un manual adecuado para ayudar a estos médicos entonces. Sin embargo, todos los días veíamos casos de depresión, epilepsia, estrés, psicosis y problemas infantiles.

El programa mhGAP llegó y llenó un vacío. Trabajamos en la formación, supervisión y asegurando el suministro de medicamentos. Desde entonces he utilizado mhGAP en muchos países, y se utiliza en más de 100 países. También está disponible como una aplicación para el teléfono.

Sabemos que los pacientes prefieren que su trabajador de la salud use una aplicación telefónica en lugar de mirar un libro durante una consulta. Es menos estigmatizante ser atendido en un entorno comunitario que en el Hospital Psiquiátrico y es más eficiente y económico<sup>5</sup>. También es un lugar natural para que lo físico, mental y social se unan.

Sabemos que las personas con trastornos mentales pueden morir hasta 20 años más jóvenes que aquellos que no los presentan<sup>6</sup>. Ser atendido en la atención primaria significa que las personas pueden recibir una atención integral que cubre la salud mental y física. Se les puede aconsejar sobre la dieta, el tabaco, el alcohol, la planificación y espacio familiar, y las personas con discapacidades pueden tener un acceso más fácil a la salud mental.

El mhGAP se basa en los derechos humanos, por lo que reúne la protección y la salud mental, así como la confidencialidad. Ayuda a prevenir el riesgo de violaciones de los derechos humanos. Se respeta la autonomía de la persona. Puede tomar sus propias decisiones sobre el tratamiento y elegir no seguir las recomendaciones dadas por un trabajador de la salud si así lo desea<sup>7</sup>. El programa también cumple con la Convención sobre los derechos de la persona con discapacidad<sup>8</sup>.

La pregunta que me hacen a menudo es si este es un documento occidental. No, es un documento global con aportaciones de expertos de todas partes del mundo. No es un libro de medicina, o uno para psiquiatras, sino un manual para todos los trabajadores de la salud no especialistas.

El programa mhGAP hace hincapié en los tratamientos psicosociales, así como en la medicación. La intervención psicosocial se posiciona en primer lugar, antes de la medicación, con el importante mensaje de que el tratamiento debe incluir el tratamiento psicosocial y la medicación cuando sea necesario.

5- Patel V, Araja R, Chatterjee S, Chisholm D, Cohen A, De Silva M et al: The Lancet. Global Mental health Vol 370, Issue 9591,p991-1005 Sept 15 , 2007

6- Thornicroft, G. (2011). Physical health disparities and mental illness: The scandal of premature mortality. *British Journal of Psychiatry*, 199(6), 441-442. doi:10.1192/bjp.bp.111.092718

7- Hughes P, Thomson S. mhGAP Action Programme 6 Progress in Neurology and Psychiatry pg 4-6, Vol 23 Iss.4 2019

8- CRPD-Conventions of the Rights of the Person with Disability <https://www.un.org/development/desa/disabilities/convention-on-the-rights-of-persons-with-disabilities.html> June 2020 accessed



El tratamiento psicosocial significa ser consciente de las necesidades físicas, sociales, mentales y espirituales, y manejarlas. El mensaje es que no hay ningún tratamiento que no incluya una explicación del plan propuesto, y la persona que está enferma está en el asiento del conductor para tomar la decisión al respecto.

Para que el programa mhGAP siga funcionando, es esencial tener un buen liderazgo, una supervisión de apoyo continua y el suministro de medicamentos<sup>9</sup>. Sabemos que estos son los ingredientes ya que tiende a no funcionar sin estos componentes.

La implementación del mhGAP comienza con una adaptación local.

No se puede enfatizar lo suficiente la necesidad de una adaptación local teniendo en cuenta la cultura local. Esto puede ser extensivo, o más orgánico, ya que la gente trabaja a través de mhGAP, y en su supervisión. No se puede enfatizar lo suficiente la relevancia de la cultura, y muchos países tienen un ejercicio de adaptación para satisfacer las necesidades locales. Hay adaptaciones para entornos humanitarios con el mhGAP de la Guía de Intervención Comunitaria<sup>10</sup>. (HIG por sus siglas en inglés).

Luego hay una fase de entrenamiento, seguida por la supervisión<sup>11</sup>. Los psiquiatras suelen ser las personas clave en muchos países para proporcionar supervisión y apoyo a la atención primaria.

El mensaje principal del programa mhGAP es que nadie debe perderse nunca el cuidado de su salud mental y si hay un tema que debe ser cubierto es la depresión.

Las condiciones cubiertas en el programa mhGAP se seleccionan cuidadosamente para cubrir las más comunes o las más discapacitantes. Las condiciones reflejan la atención primaria en lugar de un servicio de atención secundaria.

Aunque la psicosis es relativamente rara en un contacto de atención primaria, el tratamiento puede ser enormemente impactante y la psicosis está cubierta, pero el mensaje para el Trastorno Afectivo Bipolar es referir a un especialista porque el tratamiento es complejo.

El mhGAP cubre condiciones de los niños tales como la hiperactividad, los trastornos del desarrollo y los trastornos emocionales, y comúnmente encontramos que hay un problema significativo de las condiciones infantiles que no son detectadas.

9- Hughes P, Thomson S. mhGAP Action Programme 6 Progress in Neurology and Psychiatry pg 4-6, Vol 23 Iss.4 2019

10- UN High Commissioner for Refugees (UNHCR), *mhGAP Humanitarian Intervention Guide (mhGAP-HIG): Clinical Management of Mental, Neurological and Substance Use Conditions in Humanitarian Emergencies*, 5 May 2015, available at: <https://www.refworld.org/docid/55c078284.html> [accessed 7 June 2020].

11- Ali, S., Saeed, K. & Hughes, P. (2012) Evaluation of a mental health training project in the Republic of the Sudan using the Mental Health Gap Action Programme curriculum. *International Psychiatry*, 9, 43–45.

El mhGAP cubre la epilepsia porque hay una carencia de neurólogos y pediatras para manejarla y proporciona una gran oportunidad para hablar de los aspectos psicosociales de la epilepsia.

El uso de sustancias es el más variado por región. En Somalia nos centraremos en el Qat/Khat. En Ucrania hablamos mucho más sobre el alcohol. En el Medio Oriente hablamos del abuso del analgésico tramadol. La demencia es siempre un tema importante pero olvidado.

Hay un capítulo completo para la depresión leve, la ansiedad, los problemas psicosomáticos y los trastornos de estrés. Esto es muy importante y un tema muy común en todo el mundo.

Los desafíos al programa mhGAP se han debido a la falta de supervisión, la falta de medicamentos y la falta de aceptación. Se necesita el apoyo de los psiquiatras locales para actuar como supervisores, existiendo programas de supervisión cara a cara y a distancia<sup>12</sup>. Es difícil seguir adelante, pero vale la pena. Sin supervisión, el programa mhGAP se marchita y los manuales quedan en desuso.

Las siguientes viñetas ofrecen ejemplos de cómo el mhGAP ha ayudado directamente a las comunidades locales:

*“Esta señora viene cada semana con síntomas físicos sin una causa clara. Usamos mhGAP y vimos que tenía depresión. Ahora trataremos la depresión, así como sus síntomas físicos” Uganda*

*“Vi a este joven por su presión sanguínea alta acompañado de su padre. Después de mhGAP ahora lo veo a solas y es capaz de contarme sus preocupaciones. Su presión arterial ha mejorado”*

Hay muchas historias de personas con psicosis que han sido inmovilizadas cuando no hay un tratamiento disponible. Ayudar a alguien con psicosis puede ayudar a toda la familia y la comunidad, así como transformar la vida de la persona afectada.

## Conclusión

El programa mhGAP ha tenido una enorme influencia en la forma en que las personas acceden a la salud mental en los países de ingresos bajos y medios, y hay evidencias de que es eficaz y está bien considerado<sup>5</sup>. Sin embargo, el motor para mantenerlo en marcha puede fallar – esto es, la supervisión, el suministro de medicamentos y el compromiso.

Los médicos de familia valoran el uso de mhGAP, y los pacientes valoran que se les escuche y se tomen en serio sus opiniones sobre su cuidado.

12- Hughes P, Thomson S. mhGAP Action Programme 6 Progress in Neurology and Psychiatry pg 4-6, Vol 23 Iss.4 2019

El programa mhGAP es una oportunidad para reunir lo físico, lo mental, lo social e incluso lo espiritual de manera no estigmatizante, eficaz y económica.

El entrenamiento actual y la aplicación de mhGAP ahora tiene en cuenta al COVID 19. Esto significa que hay más entrenamiento y supervisión en línea. El programa mhGAP ha podido seguir adelante, y ha mostrado su capacidad de adaptación a las circunstancias.

Traducción: Claudia A. Cornejo-Araya

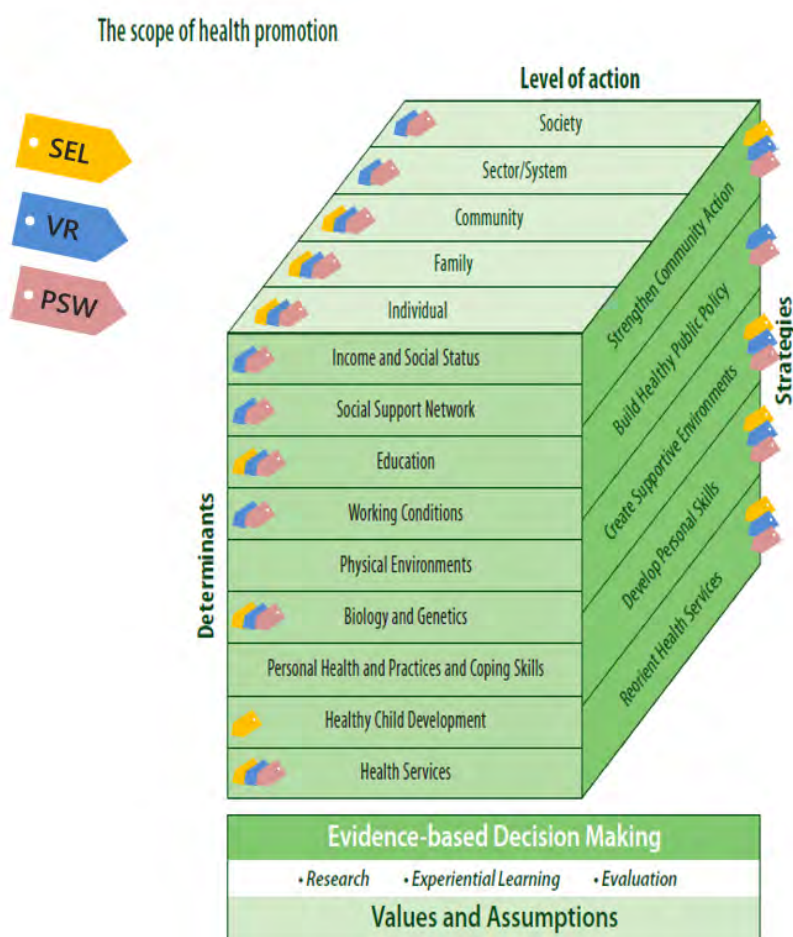
Edición: Juan Cortés Aravena

# Promoción de la Salud Mental a partir de los Principios de la Carta de Ottawa: La Experiencia de Taiwán

**SHU-JEN LU**

PhD. WFMH VP Asia Pacífico.

*“La salud mental es un derecho humano, no hay salud sin salud mental.”* Para construir una sociedad más saludable y desarrollar la sostenibilidad de la salud mental, seguimos los principios de la Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud como inversión y acceso para la promoción de la salud mental.



Adapted from: Evans & Stoddart, 2003.

Figura 1. El alcance de la promoción de la salud.

Como se muestra en la Figura 1, Fortalecer la acción comunitaria, Construir políticas públicas saludables, Crear entornos de apoyo, Desarrollar habilidades personales y Reorientar los servicios de salud son componentes esenciales de las buenas políticas y estrategias públicas de salud mental.<sup>1</sup> En nombre de la región de Asia Pacífico, a continuación, se presentan brevemente los esfuerzos que se han desarrollado en Taiwán:

Mientras “Construimos Políticas Públicas Saludables”, encontramos que la Región de Asia Pacífico tiene una Ley de Salud Mental que se enfoca solo en pacientes con enfermedades mentales, sus servicios de salud, rehabilitación, etc. Sin embargo, rara vez enfatiza la promoción de la salud mental para todas las personas. Por lo tanto, una sugerencia para tener una “Ley de Promoción de la Salud Mental” será clave para cambiar los enfoques y recursos para mejorar la “Salud Mental para Todas las Personas”.<sup>2</sup> En la siguiente etapa, con base en la Ley de Promoción de la Salud Mental, podemos desarrollar Nuevos modelos para la promoción de la salud mental que incluyan,

- Hacia una nueva era para la promoción de la salud mental: integración de la salud mental en todas las políticas;
- Desarrollar modelos de empoderamiento local, para enfocarse en la promoción de la salud mental y la prevención primaria de todo el público, para construir la resiliencia comunitaria y el apoyo social, y para prestar mucha atención a las necesidades de los diferentes grupos de edad, clases económicas, áreas urbanas y rurales. y en diferentes entornos (por ejemplo, lugar de trabajo, personas mayores, personas que viven con problemas o enfermedades de salud mental, etc.), ¡es nuestra misión prioritaria!

En cuanto a “Desarrollar Habilidades Personales”, proponemos el enfoque de Aprendizaje Social y Emocional (SEL).

- Siguiendo la idea de Canadá, la promoción de la salud mental (MHP) adopta un enfoque proactivo, centrándose en el desarrollo temprano y continuo de la salud mental positiva (Canadá, 2019). De ahí que optemos por la educación social y emocional como herramientas de base para promover la salud mental desde la infancia. A través de la investigación de las últimas tres décadas, se ha encontrado que el Aprendizaje Social y Emocional (SEL) no solo puede contribuir al bienestar de estudiantes, docentes y padres, sino que también puede considerarse como un importante capital nacional para un país en el siglo XXI. El informe muestra que, por cada dólar invertido en SEL, habrá un retorno económico sustancial de 11 dólares.<sup>3</sup> Por lo tanto, abogaremos y colaboraremos con las agencias gubernamentales y las OSFL relacionadas con SEL para permitir que las partes interesadas de los estudiantes accedan a SEL y luego como entrenadores ayuden al desarrollo de la inteligencia emocional de los estudiantes.<sup>4 5</sup>

1- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (2003). Consuming research, producing policy?. *American Journal of Public Health*, 93(3), 371-379.

2- Chang, Chueh. (2017). Do we need a “Public Mental Health Promotion Act”: Taiwan Experience, presented at WFMH World Congress on Mental Health, New Delhi, India, November 2-5, 2017.

3- Belfield, C., Bowden, A. B., Klapp, A., Levin, H., Shand, R., & Zander, S. (2015). The economic value of social and emotional learning. *Journal of Benefit-Cost Analysis*, 6(3), 508-544.

4- K.L. Lay, C.Y. Lin, T.C., Chang, L.J. Yang, H.T. Chen and Y.J. Wang. (2019). Evaluation of a School-Based Social and Emotional Learning Program Using Volunteer Parents as Instructors, presented at Biennial Meeting of the Society for Research in Child Development, 2019, Baltimore, Maryland, USA, March 21-23, 2019.

5- L.J. Yang, S. Tai and H.T. Chen. (2019). An Authentic Social and Emotional Learning Program for Elementary Schools and

En cuanto a “Reorientar los Servicios de Salud”, proponemos tanto la Rehabilitación Vocacional (VR) y el Apoyo de Compañeros de trabajo (PSW) como los esfuerzos en el campo de la salud mental en los que deberíamos trabajar ahora.

- **Rehabilitación vocacional (VR):** *El desarrollo del estatus de promoción laboral para personas con discapacidades mentales en Taiwán.*  
En Taiwán, las personas con discapacidades mentales han sido incluidas en la Ley de Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidades desde 1995, que originalmente se llamó Ley de Bienestar para personas con discapacidades y revisada como Ley de Protección de los Ciudadanos con Discapacidades Físicas y Mentales en 1997, Protección de los Derechos de las Personas con Discapacidades Ley de 2008. En el capítulo 4 “Derechos e intereses de empleo de la Ley de protección de los derechos de las personas con discapacidad”, la ley indica las políticas de promoción del empleo, incluida la formación laboral, la formación preprofesional, el empleo protegido, el empleo con apoyo, el empleo abierto, la adaptación laboral, la evaluación, etc. Sin embargo, los factores ambientales y personales como el estigma social, los valores culturales, la limitación de las condiciones físicas, mentales y neurocognitivas y de las habilidades sociales dan como resultado la baja tasa de empleo de las personas con trastorno mental. Además, la situación de bajo empleo de las personas con enfermedades mentales ha repercutido en la necesidad de hospitalización a largo plazo, el alto costo del seguro y la carga familiar. Como se dijo anteriormente, vemos que se deben hacer más esfuerzos para mejorar la situación laboral de las personas con enfermedades mentales. En los últimos 25 años, junto con la mejora de la política y nuestro trabajo para hacer un modelo de recuperación, combatir el estigma y crear resiliencia. La tasa de empleo de las discapacidades mentales ha aumentado del 4,9% al 15,4% (1994 - 2018).
- **Apoyo entre compañeros de trabajo (PSW)**  
Siguiendo la idea de Australia, el trabajo entre pares es un enfoque para involucrar a las personas con problemas de salud mental como actores centrales en la gestión de su bienestar mental y en la construcción de vidas significativas y con propósito.<sup>6</sup> Recibir apoyo social y emocional, especialmente de trabajadores con experiencia vivida, puede ser una estrategia eficaz de promoción y prevención para el camino de la recuperación. Al construir una relación orientada a la recuperación, el apoyo entre pares (PS) puede ayudar a proporcionar una sensación de empoderamiento, fomentar la esperanza, mejorar la calidad de vida y reducir las hospitalizaciones y los síntomas. En realidad, la PS no es una idea nueva para Asia, pero nuestro objetivo a largo plazo es la forma de legalizar el apoyo entre compañeros de trabajo (PSW) para lograr una vida con dignidad, igualdad y autosuficiencia. En consecuencia, este año, nos referimos a las experiencias de Australia, Canadá y Hong Kong y luego comenzamos un esquema piloto de PSW en Taiwán.

Además, también promovemos el Programa de Alfabetización en Salud Mental en las Escuelas, a través de la educación sobre resiliencia mental y la promoción de la Semana del Libro de Salud Mental para “Crear Ambientes de Apoyo”; Impulsamos el Programa Laughing Qigong para Ancianos en Comunidades, a través del aprendizaje de la transformación emocional y la relajación para tener un estilo de vida saludable y envejecimiento activo, además de “Fortalecer la Acción Comunitaria”.

Traducción: Juan Cortés Aravena  
Edición: Claudia A. Cornejo-Araya

Its Implementation in Taiwan, presented at the 2nd Global Summit for Mental Health Advocates, 2019, Taipei, Taiwan, October 5-6, 2019.

6- Meagher, J., Stratford, A., Jackson, F., Jayakody, E., & Fong, T. (Eds.). (2018). *Peer work in Australia: A new future for mental health*. Sydney: RichmondPRA and Mind Australia.

# Trabajo de pares y salud mental: El poder de los grupos de apoyo

## Una perspectiva sudafricana

**SA DEPRESSION AND ANXIETY GROUP (SADAG)  
CASSEY CHAMBERS, KRISTLE ROSE KEMP AND JANINE SHAMOS**

El Grupo Sudafricano de Depresión y Ansiedad (SADAG en sus siglas en inglés) fue fundado en 1994 para apoyar, guiar y abogar por las personas afectadas por problemas de salud mental. Los recursos de salud mental de Sudáfrica son limitados, un problema que se agrava para quienes viven fuera de las áreas urbanas más grandes. La atención de salud mental no solo es costosa, sino que las personas que viven en áreas rurales o periféricas a menudo requieren viajes de larga distancia para acceder a ella, lo que lamentablemente no es una opción para muchos.

Desde el principio, el impulso de SADAG fue crear conciencia sobre la salud mental y proporcionar recursos y acceso a información donde antes no existían. Al crear conciencia, podemos ayudar a romper los estigmas que a menudo se asocian con la salud mental. Uno de los principales objetivos de SADAG es establecer Grupos de Apoyo en tantas áreas como sea posible, para que todos, sin importar dónde vivan, tengan acceso a los apoyos. Hasta la fecha, SADAG ha facilitado el establecimiento de **más de 150 grupos de apoyo** en todo el país.

La mayoría de nuestros grupos de apoyo están dirigidos por pacientes, para pacientes. El modelo de SADAG es aprovechar el poder de las experiencias vividas para romper barreras, desmentir mitos y crear un espacio seguro para quienes más lo necesitan. Los grupos de apoyo son diferentes de la terapia de grupo y, como tales, los líderes no necesitan tener una calificación médica o de salud mental. Si bien los grupos de apoyo ofrecen recursos valiosos, no deben ser la primera línea de tratamiento o intervención, sino más bien funcionar como apoyo complementario. Los grupos de apoyo brindan un ambiente de seguridad, sin juicios, consideración positiva incondicional y comprensión mutua. Los grupos de apoyo fomentan el aprendizaje simultáneo, el intercambio de experiencias personales y consejos de autoayuda. Nuestros líderes de grupos de apoyo son apasionados y dedicados, y ofrecen recursos gratuitos a sus comunidades, donde a menudo hay poca o ninguna ayuda disponible para la salud mental.

A lo largo de los años de promoción, SADAG no solo se ha centrado en los problemas de salud mental, sino también en los factores dentro de las comunidades que contribuyen a los problemas de salud mental. Hemos capacitado a líderes de grupos de apoyo para iniciar grupos de abuso de sustancias, grupos de sobrevivientes de violación, grupos de apoyo de violencia doméstica y grupos de embarazo adolescente, por nombrar algunos; hay una multitud de factores y condiciones diferentes que pueden

hacer que las personas se sientan vulnerables y aisladas. La acción colectiva fomenta la conciencia de los miembros de la comunidad de que no están solos y de que otros comparten sus experiencias y preocupaciones.

Para muchas personas en todo el mundo, COVID-19 ha resultado en miedo, ansiedad y aislamiento. En un momento en que la comunidad, el apoyo y la unión son esenciales, todos nuestros grupos han tenido que abstenerse de reunirse en su capacidad normal: un entorno cara a cara. La pandemia internacional ha reforzado nuestra resiliencia y enfatizado nuestra necesidad de apoyo y comunidad. SADAG, como la ONG líder en salud mental en Sudáfrica, no ha permitido que las restricciones de COVID-19 le impidan apoyar a nuestras comunidades, sino que hemos trabajado juntos y formulado planes para asegurar la continuación del apoyo.

Una de las varias formas en que lo hemos logrado es con capacitación en línea y soporte continuo y seminarios web. Muchos de nuestros grupos de apoyo se han trasladado a plataformas en línea para garantizar la continuación del apoyo a sus miembros. También participamos en una serie de seminarios web de capacitación de cinco partes a nivel nacional para aquellos interesados en convertirse en líderes de grupos de apoyo, a la que asistieron más de 200 participantes. En lo que ha sido una adaptación asombrosa a las restricciones de aislamiento social, SADAG ha creado nuevas oportunidades de apoyo al utilizar la tecnología para llegar a una audiencia más amplia. Utilizando Zoom y videos en línea, el equipo está capacitando actualmente a más de sesenta nuevos líderes de grupos de apoyo de todo el país.

Además, debido a la incertidumbre de la pandemia y la duración de las restricciones, SADAG ahora está capacitando a los Grupos de soporte existentes sobre cómo ejecutar Grupos de soporte en línea efectivos a través de Zoom, WhatsApp, Google Hangouts y Microsoft Teams. También están desarrollando pautas para ayudar a los futuros líderes de grupos de apoyo que deseen iniciar nuevos grupos. La principal ventaja de los grupos de soporte en línea es que su membresía no está restringida geográficamente, por lo que más personas pueden acceder a la ayuda.

Se ha demostrado que la participación en grupos de apoyo reduce el estrés y aumenta la conexión social, factores que se cree contribuyen a fortalecer el sistema inmunológico. Los grupos de apoyo brindan a los miembros un espacio para el crecimiento personal y ayudan a reducir los sentimientos de aislamiento social, ansiedad, vergüenza y cerrar la brecha entre las necesidades de salud mental de la comunidad y el tratamiento terapéutico.

En un país como Sudáfrica que carece de recursos de salud mental, agravado con la tensión adicional de la pandemia actual, los grupos de apoyo están allí para brindar equilibrio, apoyo y mejorar los resultados del tratamiento.

Traducción: Juan Cortés Aravena  
Edición: Claudia A. Cornejo-Araya



## El Valor del Trabajo de Pares en Salud Mental: Aumentar la inversión y el acceso para todos y todas

**MICHAEL BURGE OAM**

*diliburge99@yahoo.com.au*

*Activista en Salud Mental / Combatiente del Bienestar, Toowoomba, Queensland, Australia*

Existe una larga y valiosa historia de personas con una experiencia vivida de trastorno mental que brindan apoyo informal a sus pares (consumidores, usuarios, sobrevivientes). El valor de los grupos de apoyo de autoayuda, los grupos sociales y de amistad, las líneas de apoyo telefónico y los consumidores que se conectan entre sí de manera informal, ya sea en entornos hospitalarios o comunitarios, ha existido durante más de 50 años.

El trabajo entre pares está experimentando un crecimiento y una expansión rápidos pero esporádicos en todo el mundo y se prevé que la fuerza laboral entre pares será una de las mayores fuerzas laborales “a las que recurrir” en salud mental, y potencialmente en otros sectores, durante la próxima década. Se necesita una mayor inversión para reconocer el valor del trabajo entre pares y la importante contribución que hace a la atención integral de la salud mental.

*Quisiera reconocer con gran gratitud a todas aquellas organizaciones de todo el mundo que son genuinas y significativamente inclusivas de Trabajadores Pares y Voceros de Experiencias Vividas de Salud Mental – ¡Gracias!*

### Más Trabajadores Pares = Mayor Acceso

Los trabajadores pares brindan apoyo a las personas que pueden estar experimentando problemas de salud mental y pueden “caminar junto” a las personas que no desean o no están listas para participar en los servicios convencionales. Esto puede ocurrir al ser admitido o dado de alta de los departamentos de emergencia, hospitales y al realizar la transición a la vida comunitaria.

Muchas organizaciones también ofrecen programas o servicios que cuentan con apoyo de trabajadores pares y brindan servicios escalonados, apoyos comunitarios y otras alternativas a la hospitalización.

Los servicios administrados por pares son aquellos que son planificados, operados y administrados por personas con una experiencia personal de problemas de salud mental que tienen la capacitación adecuada.

## Beneficios del apoyo de Trabajadores Pares

- Reduce el reingreso cíclico al hospital de personas con problemas de salud mental
- Mayor satisfacción y calidad de vida
- Los compañeros a menudo pueden obtener información de una persona que un médico a veces no puede
- Ayuda a las personas a realizar una transición exitosa de regreso a la comunidad.
- Mejora en actividades / resultados significativos, p. Ej. empleo, vivienda, finanzas
- Infunde esperanza: *si yo puedo hacerlo, tú también puedes, hay mejores tiempos por delante*
- Mejora la toma de decisiones
- Proporciona una escucha genuina, incondicional y sin prejuicios a otra persona.
- Fomenta la responsabilidad personal
- Facilita la educación y los grupos de apoyo
- Ayuda a las personas a descubrir su propia forma individual y única de gestionar su recuperación.
- Brinda apoyo y aliento a compañeros vulnerables.
- Coaching de bienestar; promoción de la salud física
- Mentoría
- Prevención del suicidio y mucho más.

## Trabajo de Pares – Una inversión en el futuro

Necesitamos líderes innovadores en todo el mundo que estén preparados para invertir ahora en nuevas formas de trabajar. Se requiere con urgencia un liderazgo fuerte y compasivo, en todos los niveles, para ayudar a financiar y promover el mayor apoyo entre compañeros de trabajo en salud mental. Estas personas, que se basan en su propia experiencia vivida en su trabajo, no reemplazarán el papel crucial de otros profesionales, pero pueden ofrecer un servicio adicional y único que abarca la escucha empática, el intercambio de recursos e información, la promoción y los vínculos, y una oportunidad importante, para el desarrollo de habilidades sociales.

Más importante aún, ayudan a inspirar *esperanza*, algo que se necesita desesperadamente en estos tiempos particularmente inciertos en los que las personas se sienten especialmente pesimistas y solas.

*“No creo que estaría aquí hoy si no hubiera podido acercarme y hablar con un compañero de trabajo cuando lo necesitaba.”*

Pero las políticas relacionadas con el trabajo entre pares deben ser más que simples cambios en el lenguaje o la jerga. Deben ser más que programas temporales, sin fondos o representaciones simbólicas. Necesitamos un *cambio fundamental* en la forma en que *todos* pensamos y trabajamos con los apoyos de salud mental para que el acceso equitativo, el empoderamiento genuino y el respeto por los derechos humanos de *todos* se arraiguen.

Los compañeros de trabajo están en una posición única para ayudar a fomentar la esperanza y la conexión a la que tantas personas que viven con problemas de salud mental luchan por aferrarse (incluso en ausencia de “distanciamiento social” debido a una pandemia mundial). Sin embargo, es fundamental que quienes trabajan en este campo en rápida evolución reciban la formación, la orientación y la supervisión adecuadas. De lo contrario, solo los estamos preparando para que fallen y nos arriesgamos a dañar a aquellos a quienes intentan apoyar. Necesitamos seguir abogando por las cualificaciones y la formación adecuadas para los compañeros trabajadores (desarrolladas y entregadas por aquellos con experiencia vivida), así como el reconocimiento del trabajo entre compañeros como una profesión valiosa y discreta. Esto es ahora más importante que nunca.

*Cuando brindas esperanza, ayudas a las personas a seguir adelante. La hierba es más verde, el cielo es más brillante y la música suena mejor. Quién mejor para brindar tal esperanza que alguien que ha vivido una experiencia de recuperación: ¡un compañero de trabajo con habilidades y conocimiento en salud mental!*

---

#### REFERENCIAS

- For further information, or references, please refer to this book on Peer Work in Australia, which includes Michael’s chapter on the development of a national qualification for mental health peer work:
- Fong, T., Stratford, A., Meagher, J., & Jackson, F., & Jayakody, E. (Eds.) 2018, *Peer Work in Australia : A New Future for Mental Health*, Flourish Australia, Sydney Olympic Park
- Available at your favourite local bookstore or online: <https://www.amazon.com/Peer-Work-Australia-Future-Mental/dp/0648441709>

Traducción: Juan Cortés Aravena  
Edición: Claudia A. Cornejo-Araya

## Preparando el Escenario para el Apoyo entre Pares: El Desafío para Chile

### OLGA TORO DEVIA

*Psicóloga, MPH, Programa de Doctorado en Salud Pública, Jefa del Programa de Salud Mental, Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile. olga.toro@uchile.cl*

### MATÍAS IRARRÁZAVAL

*Psiquiatra, MPH, Director de Salud Mental, Ministerio de Salud de Chile.*

### MIGUEL ROJAS

*Experto por Experiencia, Coordinación Nacional de Usuarios, Familiares y Amigos de Personas con Afecciones de Salud Mental en Chile, CORFAUSAM.*

### RUBEN ALVARADO

*Psiquiatra, MPH, PhD en Psiquiatría y Atención Comunitaria, Investigador de la Escuela de Salud Pública, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.*

Los sistemas de salud deben incluir trabajadores comunitarios para apoyar las intervenciones de salud primaria, existiendo una amplia evidencia sobre su efectividad y viabilidad<sup>1</sup>. Este interés también existe en el desarrollo del modelo comunitario para los servicios de salud mental.

El Plan Nacional de Salud Mental de Chile señala que las personas son uno de los principales activos comunitarios para las intervenciones de salud mental. Por eso, es necesario integrar la perspectiva del usuario para generar nuevas formas de trabajo colaborativo que incidan en la calidad, relevancia, adherencia, entre otras dimensiones de la atención en salud mental<sup>2</sup>. Sin embargo, el Plan sólo recomienda estrategias de apoyo entre pares en el nivel de atención primaria, refiriéndose al apoyo mutuo de tipo voluntario y no a intervenciones que estén basadas en trabajadores pares, propiamente tal.

Chile tiene una de las condiciones más favorables para la inclusión de trabajadores pares en la fuerza laboral de salud mental en América Latina<sup>3</sup>. Chile tiene un proceso exitoso de transformación progresiva de los servicios de salud mental en la Atención Primaria de Salud<sup>4</sup>. También ha logrado una im-

1- Lewin S, Glenton C, Daniels K, Be VW, Jensen J, Johansen M, et al. Lay health workers in primary and community health care for maternal and child health and the management of infectious diseases (Review ). Cochrane Libr. 2010;(3):208.

2- Ministry of Health. National Mental Health Plan 2017-2025. Ministry of Health. Chile; 2017.

3- Stastny P. Introducing peer support work in Latin American mental health services. Cad Saúde Coletiva. 2012;20(4):473–81.

4- Minoletti A, Soto-Brandt G, Sepúlveda R, Toro O, Irarrázaval M. Mental health response capacity in primary care in Chile: A contribution to Alma-Ata. Pan American Journal of Public Health. 2018;42:e136. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.136>

plementación progresiva del modelo de salud mental comunitaria, que promueve el rol de los usuarios como expertos por experiencia<sup>5</sup>. Además, existen experiencias piloto en Chile que tienen resultados prometedores en la implementación de intervenciones psicosociales con trabajadores pares, en cuanto a su aceptabilidad y factibilidad<sup>6</sup>. En el estudio de Agrest et al. (2019), se encontró que, desde la perspectiva del usuario, la intervención comunitaria en salud mental es más compleja que los servicios tradicionales, debido al estigma y la importancia de comprender el contexto. En el estudio se propone que el modelo de trabajo con pares es beneficioso para los procesos de recuperación, inclusión social y participación comunitaria. El apoyo de pares se debe seguir fortaleciendo en Chile.

También existen razones sociales para incorporar trabajadores pares dentro de los servicios de salud mental en Chile. El país tiene una alta prevalencia de trastornos mentales comunes, como depresión y ansiedad<sup>7</sup>. También, presenta un importante desajuste entre la carga de enfermedad mental y la disponibilidad de recursos públicos para salud mental, como muchos otros países de América Latina<sup>8</sup>. Además, el descontento expresado por los movimientos sociales desde octubre de 2019 ha dejado al descubierto a la salud mental como parte de los problemas asociados a la inequidad social. Del mismo modo, las medidas de distanciamiento social durante la pandemia de coronavirus están teniendo un gran impacto en la salud mental<sup>9</sup>.

La pandemia ha revelado la necesidad de involucrar activamente a las comunidades en los cuidados de la salud mental, al igual que la falta de trabajadores pares dentro de los servicios de salud mental.

El gobierno de Chile ha convocado una comisión de salud mental para priorizar las acciones de respuesta durante la pandemia<sup>10</sup>. Esta comisión acordó priorizar el desarrollo comunitario y la atención primaria de la salud. Existe una importante oportunidad para fortalecer los servicios de salud mental con la activa participación de los usuarios. En este escenario, Chile enfrenta muchos desafíos y uno de los más importantes es adecuar la normativa administrativa para contratar trabajadores pares. También, se debe fortalecer una actitud favorable de los equipos profesionales de salud mental, junto con la capacitación permanente de los pares, para facilitar la implementación de la estrategia<sup>11</sup>.

5- Minoletti A, Sepúlveda R, Gómez M, Toro O, Irarrázabal M, Díaz R, Hernández V, Chacón S. Analysis of Governance in the Implementation of the Chilean Community Mental Health. *Pan American Journal of Public Health* 2018;42:e131. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2018.131>.

6- Agrest M, Le PTD, Yang LH, Mascayano F, Alves-Nishioka S, Dev S, Kankan T, Tapia-Muñoz T, Sawyer S, Toso-Salmán J, Dishy G, Jorquera M, Schilling S, Pratt C, Price L, Valencia E, Conover S, Alvarado R, Susser E. Implementing a community-based task-shifting psychosocial intervention for individuals with psychosis in Chile: Perspectives from users. *Int J Soc Psychiatry*. 2019;65(1):38–45.

7- Ministry of Health. National Health Survey 2016-2017. Chile.

8- Vigo D V, Kestel D, Pendakur K, Thornicroft G, Atun R. Disease burden and government spending on mental, neurological, and substance use disorders, and self-harm: cross-sectional, ecological study of health system response in the Americas. *Lancet Public Heal* [Internet]. 2019;4(2):e89–96. [http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30203-2](http://dx.doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30203-2)

9- IASC, Reference Group on Mental Health and Psychosocial Support. Interim Briefing Note Addressing Mental Health and Psychosocial Aspects of COVID-19 Outbreak [Internet]. New York; 2020. <https://interagencystandingcommittee.org/iasc-reference-group-mental-health-and-psychosocial-support-emergency-settings/interim-briefing>

10- Government of Chile. Gob.cl - Saludable Mente. 2020 <https://www.gob.cl/saludablemente/>

11- Chisholm J, Petrakis M. Peer Worker Perspectives on Their Potential Role in the Success of Implementing Recovery-Ori-

Chile tiene la oportunidad de priorizar estrategias para mejorar los resultados de salud mental, incluida la participación de trabajadores pares dentro de la fuerza laboral. Se debe considerar en forma muy importante la preocupación por sus derechos y deberes laborales. Una política de trabajadores pares puede tener un impacto importante no sólo en los usuarios, sino también en su contexto, territorio y comunidad. Es una estrategia que permite abordar algunos determinantes sociales que afectan la salud mental de las personas.

Traducción: Rubén Alvarado, Olga Toro Devia

Edición: Carolina González

---

ented Practice in a Clinical Mental Health Setting. J Evid Based Soc Work [Internet]. 2020;17(3):300–16. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/26408066.2020.1729282>

# CasaClub Internacional: Ampliación de Recursos para Personas con Trastornos Mentales Graves

**JOEL D. CORCORAN**

*M.Ed.*

## Clubhouse Internacional

CasaClub Internacional se fundó en 1994 en Fountain House en la ciudad de Nueva York. Nuestro enfoque es expandir y mantener el modelo CasaClub para la rehabilitación psicosocial, una práctica basada en evidencia con un historial de 75 años de ofrecer soluciones exitosas y rentables para personas que viven con trastornos mentales.

A través de 310 CasaClubs en 32 países alrededor del mundo, CasaClub Internacional ofrece a las personas que viven con trastornos mentales oportunidades de amistad, empleo, vivienda, educación, bienestar y ayuda para acceder a los servicios médicos y psiquiátricos necesarios en un solo ambiente seguro y afectuoso. Este enfoque socialmente inclusivo revierte las alarmantes tendencias de crecimiento de tasas más altas de suicidio, hospitalización y encarcelamiento asociadas con trastornos mentales, y la carga cada vez mayor para las comunidades en todas partes.

*“El significado de CasaClub para mí personalmente es que me ha salvado la vida y, al hacerlo, ayuda indirectamente a la sanación de familiares y amigos que están conectados conmigo.” - Cynthia Anderson, Fountain House Estocolmo, Suecia*

## Nuestra Misión

Poner fin al aislamiento social y económico de las personas con enfermedades mentales aumentando el número y la calidad de los programas de rehabilitación de CasaClub en todo el mundo.

## ¿Qué es CasaClub?

Las CasaClub son una solución local a un problema global. Uno de cada cuatro adultos experimentará un trastorno mental en su vida. Uno de cada 25 experimentará un trastorno mental grave: trastorno

bipolar, esquizofrenia, depresión mayor. Cuatro de las diez principales causas de discapacidad son trastornos neuropsiquiátricos, que representan el 23% de todos los años perdidos por discapacidad, más que el cáncer y el VIH juntos.

La CasaClub es única porque se enfoca en las habilidades y talentos individuales, más que en su trastorno mental. Las amistades, el trabajo y la educación son el corazón y el alma de las comunidades Clubhouse, donde las personas con trastornos mentales reclaman su futuro y construyen vidas llenas de plenitud y esperanza. Expandir, fortalecer y defender este enfoque - el modelo CasaClub - es lo que hacemos en CasaClub Internacional.

*“Es un gran regalo dejar de ser solo un paciente o un cliente, siempre en el extremo de ser el receptor de los servicios y tratamientos de otros. Hoy, soy alguien que tiene algo valioso que compartir, un lugar para compartirlo y gente que agradece mis contribuciones.”*  
- Mike Tibbles, Pathways CasaClub, Canadá

## ¿Qué hace CasaClub Internacional?

Nosotros fortalecemos y empoderamos una red mundial de organizaciones afines conectadas por un enfoque basado en derechos para empoderar y ayudar a las personas con trastornos mentales a hacerse cargo de su recuperación y su futuro. Junto con las CasaClub de nuestra red, hemos demostrado el poderoso impacto de la pertenencia.

## Nuestra Red Internacional

- 310 CasaClub miembros, incluyendo 12 Bases de entrenamiento global
- 20 Coaliciones regionales de CasaClub

Cada año:

- 100,000 personas acceden a las CasaClub
- \$200 millones de dólares (USD) en fondos públicos y privados para las CasaClub locales
- 800,000 horas proveídas en programas y servicios para los miembros de las CasaClub
- \$50 millones de dólares (USD) pagados en salarios para los miembros de las CasaClub



*“Felicitó a CasaClub Internacional por el impresionante trabajo que hacen alrededor del mundo mejorando las vidas y oportunidades de tantos. Has demostrado esa preocupación, empatía, apoyo y restablecimiento de la esperanza en las personas pueden marcar una gran diferencia en una sociedad más inclusiva.” -Gro Harlem Brundtland, Ex Director de la Organización Mundial de la Salud y Primer Ministro de Noruega*

## Áreas Foco

**Calidad** – Que se logra mediante los estándares de mejores prácticas, la capacitación y la acreditación.

- CasaClub Internacional coordina los **Estándares Internacionales para los Programas CasaClub™** (Estándares), un conjunto de 37 estándares completos desarrollados y evaluados cada dos años a través de un proceso sólido basado en la comunidad y el consenso.
- CasaClub Internacional es el organismo de Acreditación de las CasaClub en todo el mundo. **Acreditación CasaClub Internacional™** es una clara demostración del compromiso de la CasaClub con la excelencia. Al día de hoy, el 80% de nuestras CasaClub están acreditadas, comparadas con el 46% en 2014. Estas CasaClub son universalmente reconocidas por operar con un alto nivel de cumplimiento de los estándares. El proceso de acreditación es evaluativo y consultivo. Lo llevan a cabo miembros de Facultad CasaClub Internacional, que está compuesto por miembros y personal de las CasaClub acreditadas de todo el mundo. Juntos, supervisamos un proceso riguroso que incluye un autoestudio, una visita al sitio de varios días por parte de un equipo docente capacitado de dos personas, un informe de hallazgos por escrito y una consulta continua.
- La formación es fundamental para nuestro éxito continuo. CasaClub Internacional ofrece una variedad de experiencias de capacitación intensiva. Capacitamos a más de 150 grupos CasaClub en nuestras 12 bases de capacitación globales en 2019. Organizamos seminarios web regulares, conferencias regionales y nacionales y un seminario mundial bienal, capacitaciones para el desarrollo de nuevos clubes, y brindamos apoyo individual y de mentores a las CasaClub, grupos de inicio y líderes florecientes de las CasaClub. En total, brindamos 43.536 horas de capacitación el año pasado.

**Expansión** – Trabajamos directamente con grupos de empresas emergentes de todo el mundo para iniciar nuevas CasaClub sostenibles. Actualmente estamos trabajando con 50 grupos en 18 países. Es un proceso que incluye capacitación formal, así como asistencia y tutoría continua para ayudar a los grupos locales a establecer un programa de voluntarios y recaudar los fondos necesarios.

**Educación y Sensibilización** – Estamos trabajando en todos los niveles, desde los municipios locales hasta los gobiernos estatales y federales, para establecer el apoyo para las CasaClub nuevas y las existentes y para ayudar a ampliar todos los fondos y servicios para las personas con trastornos mentales. Creamos conciencia a través de conferencias, seminarios web, nuestro boletín mensual, redes sociales

y asociaciones con otras organizaciones de defensa sobre la prevalencia de trastornos mentales y educar a los constituyentes de todo el mundo sobre cómo las CasaClub son una parte importante de la solución.

## CasaClub: Una Solución Reconocida

En el informe de Octubre de 2018 de la **Comisión Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible** el modelo CasaClub es reconocido como uno de los “componentes esenciales de una respuesta integral al objetivo de lograr la inclusión de personas con trastornos mentales graves”<sup>1</sup>.

En 2014, CasaClub Internacional fue co-receptora del **Premio Humanitario Conrad N. Hilton**, otorgado a organizaciones sin fines de lucro que se considera que han realizado contribuciones extraordinarias para aliviar el sufrimiento humano.

En particular, podemos compartir los siguientes resultados:

- **Mejores resultados de empleo:** Se ha encontrado que una permanencia más prolongada en el trabajo está altamente correlacionada con la asistencia a la CasaClub. Los estudios han demostrado que el modelo CasaClub da como resultado una permanencia laboral más prolongada (mediana de 199 frente a 98 días) y ganancias más altas (mediana de \$ 3.456 frente a \$ 1.252) que otros programas de salud mental.<sup>2</sup>
- **Estadía hospitalaria reducida:** Los miembros de las CasaClub han mostrado se reduce el número de hospitalizaciones en un tercio y el número promedio de días de hospitalización por año en un 70%.<sup>3</sup>
- **Reducción de encarcelamiento** durante y después de ser miembro de las CasaClub, lo que reduce los costos de encarcelamiento entre \$ 20,000 y \$ 65,000 por preso por año.<sup>4</sup>
- **Mejor salud física y mental:** Un estudio reciente sugiere que los sistemas de servicios como las CasaClub, que ofrecen apoyo social continuo, mejoran la salud mental y física al reducir la desconexión.<sup>5</sup>
- **Rentabilidad:** Se estima que el costo anual de las CasaClub (\$ 3.684) es un tercio del costo anual del modelo de Lugar y Apoyo Individual (LAI) con rehabilitación vocacional (\$ 13.376); aproxima-

1- Patel, Saxena, et al. (2018). The Lancet Commission on global mental health and sustainable development, *The Lancet*, Vol. 392 Issue 10157, [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)31612-X.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)31612-X.pdf)

2- Macias, C., Rodican, C. F., Hargreaves, W. A., Jones, D. R., Barreira, P. J., & Wang, Q. (2006), Supported employment outcomes of a randomized controlled trial of ACT and Clubhouse models, *Psychiatric Services*, 57(10), 1406-1415; and Schonebaum, A. D., Boyd, J. K., & Dudek, K. J. (2006), A comparison of competitive employment outcomes for the Clubhouse and PACT models, *Psychiatric Services*, 57(10), 1416-1420

3- Di Masso, J., Avi-Itzhak, T., Obler, D.R. (2001), The clubhouse model: An outcome study on attendance, work attainment and status, and hospitalization recidivism, work, 17(1):23-30.

4- Johnson, J. and Hickey, S. (1999), Arrests and incarcerations after psychosocial program involvement: Clubhouse vs. Jailhouse, *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 23, 66-69.

5- Leff, H.S., McPartland, J.C., Banks, S. et al. *Mental Health Services Research* (2004) 6: 93.

damente la mitad de los costos anuales de los Centros Comunitarios de Salud Mental (\$ 6,818- \$ 8,661); y sustancialmente menos que el costo anual del modelo de Tratamiento Comunitario Asertivo (TCA) (\$ 11,668).<sup>6</sup>

El concepto de CasaClub sigue siendo una forma radicalmente diferente de trabajar en el campo de la salud mental comunitaria. La mayoría de los modelos todavía se enfocan en evaluar el nivel de discapacidad de una persona y limitar las expectativas basadas en esa evaluación. La mayoría usa la enseñanza o el tratamiento como vehículo para brindar rehabilitación. Los programas de las CasaClub mejoran la calidad de vida y las oportunidades de recuperación al promover un estilo de vida saludable apoyando el empoderamiento individual, la educación y el éxito laboral. Las CasaClub también son fundamentales para ayudar a los miembros a participar plenamente en sus comunidades.

*“Cuando voy a la CasaClub y tengo la oportunidad de retribuir a mi comunidad, me siento como una persona sana, y eso comienza a tener un impulso propio.” - Paula Boyd, CasaClub de Putnam, California, E.E.U.U.*

## Nuestra Visión

Visualizamos un mundo en el que las personas que viven con trastornos mentales se recuperen y sean parte integral de la sociedad. El éxito de nuestro modelo que ayuda a las personas a pasar del aislamiento a vivir una vida plena es una prueba poderosa de que el cambio puede ocurrir.

CasaClub Internacional, nuestra red de 310 CasaClub en 32 países y las miles de personas cuyas vidas son transformadas por las CasaClub apoyan el llamado a la acción para el Día Mundial de la Salud Mental 2020. Este es, de hecho, el momento para una mayor inversión en servicios de salud mental en todo el espectro, incluida las CasaClub. El momento de actuar es ahora.

Traducción: Nadia Ramos

Edición: Juan Carlos Oliveros Chacana

<sup>6</sup> McKay, Colleen & Yates, Brian & Johnsen, Matthew. (2007). Costs of Clubhouses: An International Perspective. Administration and policy in mental health. 34. 62-72.

## La Escuela de Recuperación y Bienestar – La experiencia del centro de Londres

### **LUCJA KOLKIEWICZ**

*Psiquiatra Consultor ELFT (East London NHS Foundation Trust)*

### **EDWIN NDLOVU**

*Director de Operaciones ELFT*

### **JESSICA PRAKASH**

*Gerente Tower Hamlets Recovery College ELFT*

### **DENNIS SHORUNKEH-SAWYER**

*Gerente de Proyecto Tower Hamlets Recovery College ELFT*

### **IMTAZ KHALIQ**

*Líder de Pares Tutores Tower Hamlets Recovery College ELFT*

### **JOSEPH THOMPSON**

*Líder ILP /Tutor de pares Tower Hamlets Recovery College ELFT*

### **ASHA ABDILLAHI**

*Mentor ILP /Tutor de pares Tower Hamlets Recovery College ELFT*

### **TAHARA MATIN**

*Administrador Tower Hamlets Recovery College ELFT*

Correspondencia a: [lucja.kolkiewicz@nhs.net](mailto:lucja.kolkiewicz@nhs.net)

## Introducción

El Día Mundial de la Salud Mental 2020, Salud Mental para Todos y Todas: Mayor Inversión-Mayor Acceso, no puede lograrse sin incluir a las personas con experiencia vivida de salud mental y usuarios de servicios de salud mental.

Si esto va más allá de la mera retórica, las personas con experiencia vivida y sus familias deben estar en el centro, y esto requiere una inversión para que puedan asumir un papel más activo en su propio autocuidado y en el cuidado de sus seres queridos.

La inversión en las Escuelas de Recuperación es un buen ejemplo de este tipo de inversión, porque aproximadamente el 80% de la atención en condiciones a largo plazo, incluida la salud mental, es autocuidado.<sup>1</sup>

El movimiento de consumidores/sobrevivientes comenzó a desarrollarse en la década de 1980, y la década de 1990 marcó la “mayoría de edad” del movimiento de pares.<sup>2,3</sup> Un mayor empoderamiento de las personas con experiencia vivida del trastorno mental ocurrió en los EE.UU.<sup>4</sup> in la década de 1990 con la primera Escuela de Recuperación y llevó al establecimiento de la primera Escuela de Recuperación del Reino Unido en 2009.<sup>5,6</sup>



Una Escuela de Recuperación tiene como objetivo involucrar a las personas con trastornos mentales en su propia recuperación y abordar la desigualdad, manteniendo en su núcleo los principios de coproducción, entrega conjunta y aprendizaje conjunto, trayendo tutores capacitados con experiencia vivida en salud mental junto con tutores con experiencia profesional en salud y bienestar de la salud mental para impartir los cursos.

Esto ayuda a promover la comprensión y el respeto mutuos, y aborda el

estigma de la salud mental al aumentar la familiaridad.<sup>7,8</sup>

Imagen 1: Ejemplos de nuestros prospectos

1- DOH. 266322/Self Care – A Real Choice. London, UK: DH Publications. 2005

2- Chamberlin J. Speaking for ourselves. An overview of the ex-psychiatric inmates' movement. Psychosocial Rehabilitation Journal 1984; 8(2): 56-63

3- Anthony W, Cohen M, Farkas M, Gagne C. Psychiatric Rehabilitation (2nd Edn). Boston, USA: Centre for Psychiatric Rehabilitation. 2004

4- Slade M, Amering M, Farkas M et al. World Psychiatry 2014;13:12-20

5- Whiteley R, Shepherd G, Slade M. Recovery colleges as a mental health innovation. World Psychiatry 2019; 18(2): 141-142

6- Perkins R, Repper J, Rinaldi M, Brown H. Briefing Recovery Colleges. London, UK: Centre for Mental Health. 2012

7- Corrigan PW, Green A, Lundin R, Kubiak MA, Penn DL. Familiarity with and social distance from people who have serious mental illness. Psychiatric Services. 2001; 52(1): 953-958.

8- Corrigan PW, Michaels PJ, Vega E, Gause M, Larson J, Krzyzanowski R, Botcheva L. Key ingredients to contact-based stigma change: A cross-validation. Psychiatric Rehabilitation Journal. 2014; 37(1): 62-64

## Principios de una Escuela de Recuperación

Una Escuela de Recuperación tiene como objetivo apoyar la recuperación de la salud mental utilizando un enfoque educativo que permite a las personas:

- Reconocer y hacer uso de sus talentos y recursos
- Explorar sus posibilidades y desarrollar sus habilidades
- Obtener apoyo para lograr sus metas y ambiciones
- Encontrar sus propias soluciones entrenadas por el personal de la Escuela de Recuperación
- Elegir sus propios cursos, encontrar maneras de darle sentido y encontrar el significado de lo que ha sucedido y que se vuelvan expertos en el manejo de sus propias vidas.<sup>9</sup>

La clave del éxito es respetar el valor de la experiencia vivida en materia de salud mental de igual manera que el valor de la formación profesional, por lo que todas las actividades se planifican, diseñan, entregan, reciben y evalúan conjuntamente.

De esta manera, la experiencia de todos se reúne para que todos puedan convertirse en expertos en su propio cuidado. Los estudiantes que son usuarios del servicio, los miembros del público en general y el personal de salud aprenden unos de otros, promoviendo los conocimientos de salud mental en todo el sistema.

Es importante que las personas que pagan y comisionan el servicio reconozcan la importancia de esta intervención en el camino de la atención. Aunque las Escuelas de Recuperación han existido desde 1990, en 2018 estaban previstas o en existencia en 22 países.<sup>10</sup>

## La Escuela de Recuperación de Tower Hamlets, Londres, Reino Unido

La Escuela de Recuperación de Tower Hamlets comenzó en 2015 como un plan piloto del East London NHS Foundation Trust con financiamiento no recurrente del Tower Hamlets Clinical Commissioning Group.

El objetivo general de la Escuela de Recuperación es desarrollar una forma innovadora de empoderar a las personas que viven en Tower Hamlets con problemas de salud mental y física, a sus familias, a los cuidadores y a las personas que trabajan con ellos para que adopten un nuevo enfoque de la promoción

9- Perkins R, Repper J, Rinaldi M, Brown H. Briefing Recovery Colleges. London, UK: Centre for Mental Health. 2012

10- Crowther A, Taylor A, Toney R, Meddings S, Whale T, Jennings H, Pollock K, Bates P, Henderson C, Waring J, Slade M. The impact of Recovery Colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiology and Psychiatric Sciences*. 2018; 1-8.

de la salud y se ocupen de los problemas de salud física y mental a largo plazo, incorporando el cuidado de sí mismos y el bienestar en su vida cotidiana.

Imagen 2: Escuela de Recuperación de Tower Hamlet (THRC en su sigla en inglés)- un enfoque integrado



La visión es hacer del autocuidado de la salud la piedra angular de todos los encuentros de salud, y esta visión se reforzó en el piloto porque trabajamos con usuarios de servicios, cuidadores, personal de socios locales en salud, bienestar y educación en Tower Hamlets para producir y entregar de manera conjunta nuestra visión de la recuperación, inicialmente a través de talleres, un Grupo Directivo multi-agencias y un Grupo de Currículo y Calidad que desarrolló las Directrices de Co-producción.

Nuestra visión se reflejó en las imágenes elegidas para la marca del proyecto piloto, mirando a través de un ojo de cerradura a una vida más allá de la mala salud con la Escuela de Recuperación desbloqueando el futuro. Esto fue co-producido en tres talleres facilitados por el Director Asociado de Comunicaciones y Compromiso de la ELFT, trabajando con potenciales estudiantes universitarios, personal, socios y la empresa social del usuario del servicio de diseño Nu-Leaf de la Dirección Forense de ELFT

El pilotaje tuvo éxito, se llevó a cabo en una serie de instalaciones comunitarias con una amplia gama de socios comunitarios y fue capaz de satisfacer la diversidad de nuestra población.

Al final de un pilotaje exitoso, ELFT entró en un proceso de licitación competitiva y ganó un contrato inicial de tres años, y posteriormente otro contrato de cinco años, para impartir un mínimo de 20 cursos por trimestre, tres trimestres por año desde una serie de lugares de reunión de la comunidad hasta 2024. El hecho de tener contratos cortos recurrentes dificulta una buena planificación, y esto es algo

que debe ser considerado si queremos incorporar tales servicios como parte de la inversión para mejorar el acceso a la salud mental.

## Qué Estamos Ofreciendo Ahora

Nuestra Escuela está abierta a cualquiera que viva, trabaje, estudie o cuide de alguien en Tower Hamlets. Consideramos que todos los estudiantes son iguales, independientemente de sus antecedentes. Aproximadamente el 50% de nuestros estudiantes también se identifican como personal (de salud, de asistencia social o de caridad) y el 50% restante de los estudiantes también se identifican como usuarios de los servicios de salud mental o física. Para muchos estudiantes que se identifican como “usuarios de servicios” o “pacientes”, la Escuela les permite identificarse con un rol de aprendices. También ofrece la oportunidad de aprender junto con el personal y los miembros del público como un igual, en un entorno libre de jerarquías y con igualdad de voz.

Además de una serie de cursos, los estudiantes también pueden acceder a Planes de Aprendizaje Individual (ILP en su sigla en inglés). El ILP es un marco que permite al estudiante aprovechar al máximo su experiencia de aprendizaje. En una reunión individual, un Mentor del ILP ayuda al individuo a encontrar los cursos que mejor se adapten a su viaje de recuperación, así como a establecer objetivos auto-identificables alcanzables y posiblemente explorar el ajuste del aula para asegurar que se satisfagan sus necesidades de aprendizaje.

Para los estudiantes que también se identifican como “usuarios de servicios”, hay un camino integrado desde ser un estudiante hasta unirse a la Escuela como un Tutor Pagado o Tutor Experto por Experiencia. Esta vía implica asistir al curso interno de formación de instructores, que puede utilizarse en cualquier lugar, y luego ofrecerse como voluntario como tutor de pares durante veinte horas, tras lo cual, si lo desean, pueden pasar a tener un empleo remunerado como tutor de pares del período de sesiones. Esta vía tiene por objeto ayudar a los estudiantes a pasar de la identificación como “usuario de servicios” (hecho) a la de miembro del personal (haciendo) y garantizar que la experiencia vivida sea equivalente, desde el punto de vista monetario, a la experiencia profesional.

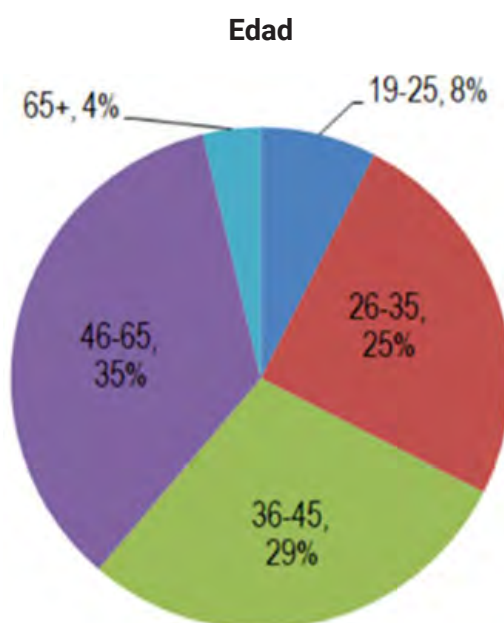
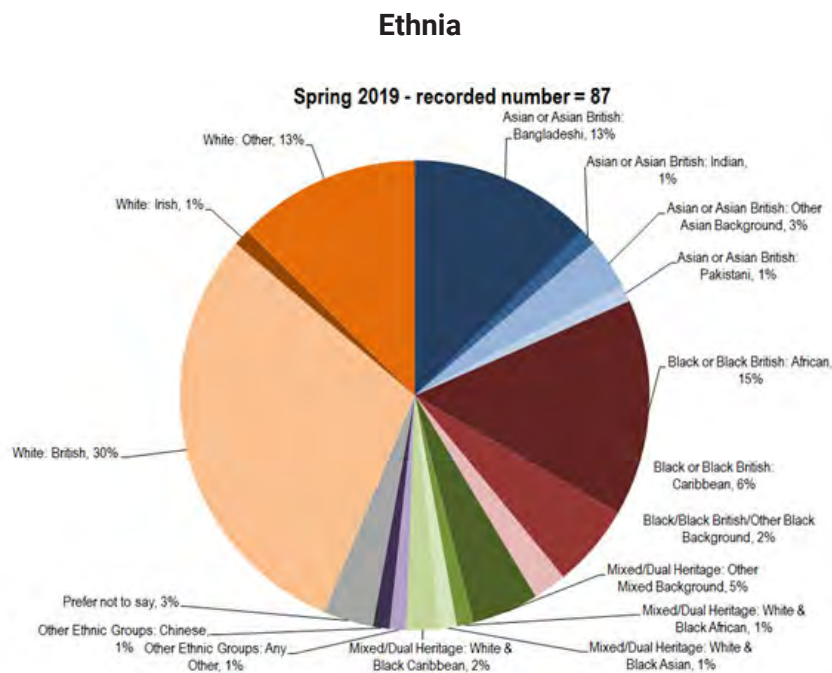
Actualmente tenemos quince tutores, cinco que son remunerados y diez que son voluntarios que progresarán hasta ser remunerados más adelante en 2020. Además de nuestros roles de Tutor de pares voluntario, tenemos un asistente de clase y dos puestos de bibliotecario voluntario actualmente ocupados por personas que también se identifican como “usuarios de servicios”. Todos los Tutores de pares están dirigidos por el Jefe de Tutores de pares, que representa la voz de la experiencia vivida a un nivel superior y proporciona supervisión y Formación de Tutores Avanzados a medida para apoyar el desarrollo profesional continuo y la progresión más allá del papel de Tutor de pares.



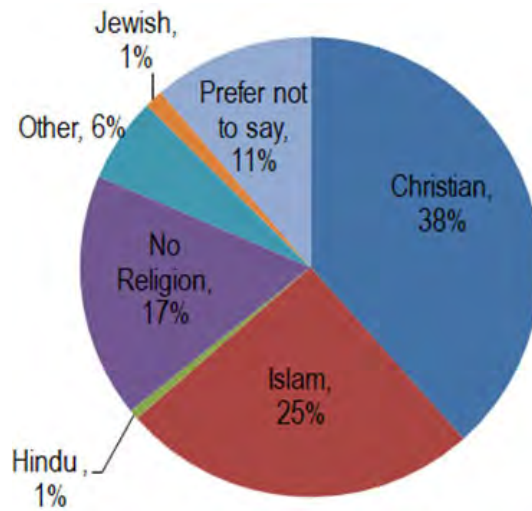
## ¿Somos Eficaces en Apoyar la Inclusión Social?

Somos eficaces porque uno de nuestros objetivos clave es apoyar la inclusión social atrayendo a una variedad de personas que viven y trabajan en Tower Hamlets, municipio de Londres.

Imagen 3: THRC Trimestre Primavera 2019 - etnia, edad y creencias religiosas de los estudiantes



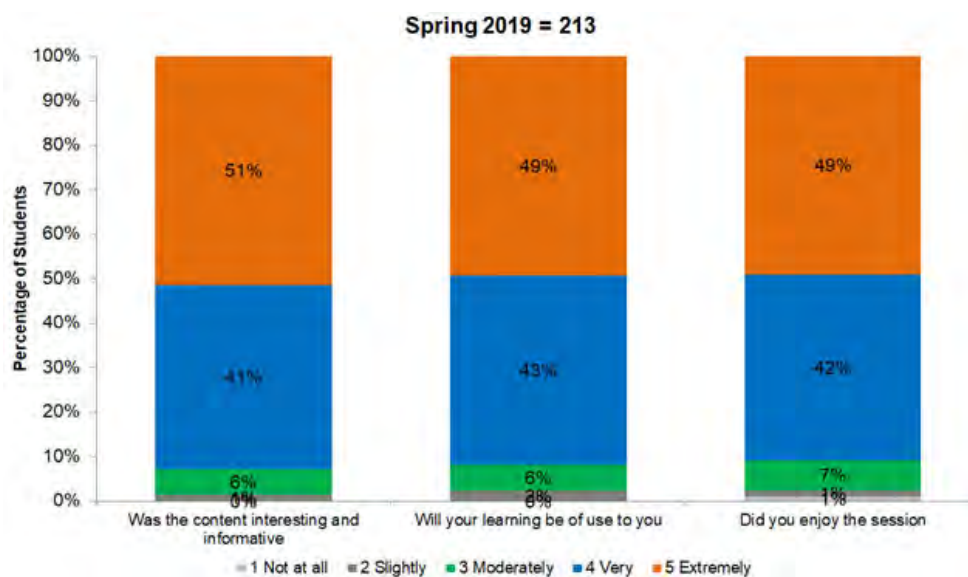
**Creencias religiosas**



Somos capaces de apoyar la diversidad de la población de nuestra zona promoviendo la inclusión social, la espiritualidad y rompiendo las barreras étnicas como se muestra en la imagen anterior. Nuestros cursos son interesantes y de alto nivel, porque recibimos excelentes comentarios de nuestros estudiantes sobre la calidad y utilidad de los cursos.

En la primavera de 2019, el 92% de los estudiantes calificaron los cursos como muy o extremadamente interesantes e informativos. El 92% de los estudiantes calificaron el aprendizaje como muy o extremadamente útil para ellos y el 91% de los estudiantes disfrutaron mucho o extremadamente de las sesiones.

Imagen 4: Trimestre de primavera 2019 - Evaluación general del curso del estudiante



Algunos de nuestros estudiantes y tutores de pares han progresado hacia cursos locales, posibilidades de empleo, educación superior, oportunidades de voluntariado y se han comprometido con los servicios locales que se les presentaron al participar en los cursos de la Escuela de Recuperación.

## Conclusión

Hemos utilizado la Escuela de Recuperación como una herramienta para promover la inclusión social, los conocimientos de salud mental, la reducción del estigma asociado con la salud mental y una plataforma para que nuestros estudiantes participen en el voluntariado, la educación superior y las vías de acceso al empleo.

Si queremos seguir promoviendo la filosofía de la atención holística, en la que cada encuentro importa, entonces los enfoques innovadores como el de la Escuela de Recuperación deben ser apoyados y fomentados, especialmente porque se basan en la evidencia con buenos resultados.

Es sorprendente que un enfoque desarrollado en 1990 sólo se haya adoptado hasta ahora en 22 países y no se haya establecido aún en la vía de la atención de la salud mental. El autocuidado y el bienestar importan, y esto debe ser incluido rutinariamente al encargar los servicios de salud mental. La inversión en este tipo de innovación debería estar disponible en todos los países.

Para mayor información, por favor visite el sitio web:

<https://www.elft.nhs.uk/tower-hamlets-recovery-college>

## Agradecimientos

Estamos agradecidos de Rob Pickard, Carrie Kilpatrick, Paul James, Tracey Upex, Nina Ezra, Tony Fulham, Angela Byrne, Fiona Ball, Su Goulding, Imam Qamruzzaman, Raphael Zernoff, Juan Adriano, Sophie Akehurst, Siobhan Finnegan, Marion Reilly, Lisa Dutheil, Jane Evans, Ismael-Rachid Abdi-Ibrahim, Marla Ellis, Nana Asare-Amponsem, Olcay Morreale, Mikloth Bond, Yasmin Mahmood, Salvador Gonçalves, Ingrid Leggatt, Dino Patel, Halima Baiyat, Foyjul Islam, Lisa Duthiel, Marion Reilly y todos los estudiantes, tutores de pares voluntarios, tutores profesionales voluntarios y miembros de la comunidad local que han apoyado la prestación de este servicio desde el pilotaje, incluido el Municipio de Londres de Tower Hamlet y el Tower Hamlets Clinical Commissioning Group por haber tenido la previsión de poner en marcha este servicio innovador e inclusivo.

Traducción: Juan Carlos Oliveros Chacana

Edición: Nadia Ramos

# SECCIÓN C

---

Salud Mental y COVID 19



## Activación comunitaria, política y COVID 19

### **DR JANE DESBOROUGH RN, RM, MPH, PHD**

*Action Researcher, COVID-19 Primary Care Response Group (seconded), Primary Care Division, Australian Government Department of Health, Senior Research Fellow, Department of Health Services Research and Policy, Research School of Population Health, College of Health and Medicine, Australian National University (ANU), Program Leader, Health Experience Team, Our Health in Our Hands (OHIOH), ANU.*

### **ASSOCIATE PROFESSOR GRANT BLASHKI, MBBS, PHD**

*Nossal Institute for Global Health & Melbourne Sustainable Society Institute, The University of Melbourne, Lead Clinical Adviser, Beyond Blue, Health Ambassador, Lord Mayors Charitable Foundation.*

### **MS SALLY HALL RN, GRAD CERT CLIN MAN, PHD SCHOLAR**

*Action Research, COVID-19 Primary Care Response Group (seconded), Primary Care Division, Australian Government Department of Health, Research Manager, Rural Clinical School, ANU Medical School, College of Health and Medicine, ANU.*

### **ASSOCIATE PROFESSOR RUTH VINE, MBBS, DIP PSYCH MED, FRANZCP, GRAD DIP CRIM, LLB**

*Deputy Chief Medical Officer for Mental Health, Health Systems Policy and Primary Care Group, Australian Government Department of Health.*

### **MS CHRISTINE MORGAN, LLB, GCERT MAN**

*Chief Executive Officer, Commissioner, Australian Government National Mental Health Commission.*

### **MR MARK RODDAM**

*First Assistant Secretary – Mental Health Division, Health Systems Policy and Primary Care Group, Australian Government Department of Health.*

### **PROFESSOR MICHAEL KIDD AM MD FAHMS**

*Principal Medical Advisor & Deputy Chief Medical Officer, Australian Government Department of Health, Professor of Primary Care Reform, Australian National University, Canberra, Adjunct Professor, Department of Family & Community Medicine, University of Toronto, Canada, Emeritus Director, World Health Organization Collaborating Centre on Family Medicine and Primary Care, Professorial Fellow, Murdoch Children's Research Institute, The Royal Children's Hospital Melbourne, Australia, Honorary Professor of Global Primary Care, Southgate Institute for Health, Society and Equity, Flinders University, Australia.*

## Introducción

La pandemia de COVID-19 desató lo que se ha llamado una “tempestad rápida e impredecible” en lo que respecta al impacto en la salud mental de la comunidad.<sup>(1:e29)</sup> Los primeros casos de COVID-19 se confirmaron en Australia a fines de enero de 2020 y al igual que en muchos países, el gobierno australiano actuó rápidamente para implementar medidas a los efectos de prevenir la transmisión de la enfermedad, lo que incluyó restricciones de viajes y de reuniones sociales.

El 29 de marzo de 2020, cuando se impusieron las restricciones más elevadas a nivel nacional, el Gobierno también anunció un paquete de financiamiento de 74 millones de dólares para impulsar los servicios de salud mental.<sup>2</sup> Esto permitió el rápido desarrollo e implementación del Plan Nacional de Respuesta a la Pandemia de Salud Mental y Bienestar.<sup>3</sup> Alineada con la declaración de política de la Organización Mundial de la Salud y enfatizando una respuesta planificada a las necesidades de salud mental, el Plan tenía como objetivo fortalecer la capacidad de divulgación, mejorar la conectividad y guiar las intervenciones de salud mental durante los meses y años siguientes.

Las restricciones sociales comenzaron a disminuir a partir de mayo de 2020,<sup>4</sup> y fueron efectivas para limitar el impacto de la pandemia en la salud física de las personas. Sin embargo, el desafío incluyó a aquellas personas con problemas de salud mental preexistentes,<sup>5 6</sup> a las que el aislamiento social afectó negativamente tanto su salud física y mental como su bienestar.<sup>7 8</sup> Los inmigrantes y los refugiados.<sup>9</sup> se agravó el aislamiento y la soledad Las vulnerabilidades fueron más evidentes para quienes debían ponerse en cuarentena.<sup>10</sup>

1- Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(6): e29-e30.

2- Prime Minister of Australia [press release]. Update on coronavirus measures. March 29, 2020.

3- Australian Government Department of Health. National Mental Health and Wellbeing Pandemic Response Plan Canberra Australia: Australian Government; 2020 [Available from: <https://www.health.gov.au/news/national-mental-health-and-wellbeing-pandemic-response-plan>].

4- Prime Minister of Australia [press release]. Update on coronavirus measures. March 29, 2020.

5- Lima CKT, Carvalho PMM, Lima I, Nunes J, Saraiva JS, de Souza RI, et al. The emotional impact of Coronavirus 2019-nCoV (new Coronavirus disease). *Psychiatry research*. 2020; 287:112915.

6- National COVID-19 Health and Research Advisory Committee. Mental health impacts of quarantine and self-isolation. National Health and Medical Research Council; 2020 May 19, 2020.

7- National Academies of Sciences EaM. Social isolation and loneliness in older adults: opportunities for the health care system. Washington, DC: The National Academies Press; 2020.

8- National COVID-19 Health and Research Advisory Committee. Mental health impacts of quarantine and self-isolation. National Health and Medical Research Council; 2020 May 19, 2020.

9- Neal M. Good Friday was Lifeline’s busiest day ever as coronavirus puts strain on mental health. ABC News (Aus). 2020; Apr 18, updated Apr 19, 2020: <https://www.abc.net.au/news/2020-04-19/good-friday-was-lifeline-busiest-day-ever-coronavirus-anxiety/12161104>.

10- National COVID-19 Health and Research Advisory Committee. Mental health impacts of quarantine and self-isolation. National Health and Medical Research Council; 2020 May 19, 2020.

En las zonas rurales de Australia, al COVID-19 le siguió un período de sequía severa e incendios forestales, y muchos ya enfrentaban un futuro incierto.<sup>11</sup> En el apogeo de las medidas de aislamiento social a nivel nacional en Australia, hubo un aumento del 75% en las búsquedas en línea relacionadas con la violencia doméstica.<sup>12</sup> Los servicios de salud mental en Australia informaron un aumento del 40-60% en la demanda para marzo y abril de 2020, informando una mayor prevalencia de soledad, preocupaciones financieras relacionadas con la pérdida de empleo, ansiedad por la salud y de estrés relacionado con el aislamiento en el hogar, considerando las consecuencias por el cierre de escuelas y el cuidado de hijos e hijas, mientras se trabajaba desde la propia casa.<sup>13</sup>

## Mantener a la comunidad conectada a través de políticas de salud mental temprana y movilización de programas de apoyo

El desarrollo y la temprana implementación de políticas y programas de salud mental fue importante para reducir el impacto potencial del COVID-19 en la comunidad.<sup>14</sup> Los sistemas existentes en Australia, como una atención primaria sólida y organizaciones comunitarias bien desarrolladas, proporcionaron una base excelente para la salud mental colectiva, la promoción de la salud y la prestación de servicios de atención primaria.

La información y los recursos de alta calidad permitieron apaciguar a la comunidad transmitiendo que resulta normal experimentar ansiedad durante una situación desafiante como lo es una pandemia.<sup>15</sup> De hecho, la evidencia de crisis comunitarias previas muestra que muchas personas presentan una gran capacidad de recuperación durante los desastres y encuentran nuevas fortalezas, y apoyarlas para que lo hagan solo aumenta esta posibilidad.<sup>16</sup> Por lo tanto, la movilización de la resiliencia comunitaria existente estuvo a la vanguardia de la respuesta del gobierno australiano al COVID-19.

Para las personas que requerían apoyo adicional para su salud y bienestar mental, se reconoció tempranamente la necesidad crítica de proveedores de atención médica capacitados, evaluaciones precisas y recursos.<sup>17</sup> Superar el estigma sobre la salud mental sigue siendo un problema mundial y Australia

11- Rural Australian surged to seek supports to combat stress [press release]. <https://www.rdaa.com.au/documents/item/1068>: RDA & ACRRM, 8 May 2020 2020.

12- Prime Minister of Australia [press release]. Update on coronavirus measures. March 29, 2020.

13- Stephens J. Right now, Lifeline Australia is receiving a call every 30 seconds. Here's what they're hearing. Mamamia. 2020; May 12, 2020: <https://www.msn.com/en-au/lifestyle/familyandrelationships/right-now-lifeline-australia-is-receiving-a-call-every-30-seconds-heres-what-theyre-hearing/ar-BB13TR3Q?li=AAgflCP&ocid=wispr>.

14- Pereira-Sanchez V, Adiukwu F, El Hayek S, Bytyçi DG, Gonzalez-Diaz JM, Kundadak GK, et al. COVID-19 effect on mental health: patients and workforce. *The Lancet Psychiatry*. 2020;7(6): e29-e30.

15- Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020.

16- Pfefferbaum B, North CS. Mental Health and the Covid-19 Pandemic. *New England Journal of Medicine*. 2020.

17- World Health Organisation. Depression Geneva: World Health Organisation; 2020 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>].

ha invertido mucho en campañas nacionales para reducir este estigma,<sup>18 19</sup> proporcionando un entorno para una alta aceptación comunitaria de la campaña gubernamental de salud mental y bienestar relacionadas con el COVID-19.

## Trabajar con una red de organizaciones confiables para brindar apoyo de salud mental para todos

Además de ampliar los programas y servicios existentes, se desarrollaron nuevas prestaciones específicas. El sitio web del Departamento de Salud del Gobierno de Australia, Head to Health<sup>20</sup>, incluía información sobre COVID-19, consejos para mantener una buena salud mental e información sobre cómo acceder a los servicios de salud mental. Trabajar en conjunto con una red de organizaciones de apoyo a la salud mental, que eran bien conocidas en toda la comunidad, ayudó a fomentar la confianza y el compromiso.

### Comunicación

Comprender los hechos sobre COVID-19 fue el primer paso para ayudar a movilizar a la comunidad para actuar y comportarse de manera que les protegiera a ellos mismos y a los demás. Reconociendo el valor de una comunicación sólida y consistente proveniente de una fuente confiable,<sup>21</sup> se transmitió a través de las redes sociales, la televisión y la radio una campaña de comunicación de salud mental dirigida a toda la comunidad, con consejos basados en evidencia sobre cómo afrontar la situación, por parte de expertos en salud mental. Los seminarios web semanales - realizados por funcionarios clave del gobierno y de la salud - permitieron la comunicación bidireccional entre el equipo de respuesta a las políticas de COVID-19 y los proveedores de atención médica de la nación.

18- Beyondblue. beyondblue Information Paper: Stigma and discrimination associated with depression and anxiety. Australia: Beyondblue; 2015.

19- Suicide Prevention Australia. Position Statement: Social Inclusion and Suicide Prevention. Leichardt, NSW, Australia: Suicide Prevention Australia; 2011.

20- Australian Government Department of Health. Head to Health: COVID-19 Support Canberra, Australia: Australian Government; 2020 [Available from: <https://headtohealth.gov.au/covid-19-support/covid-19>].

21- Desborough J, Hall Dykgraaf S, de Toca L, Davis S, Roberts L, Kelaher C, et al. Australia's National COVID-19 Primary Care Response. Med J Aust. 2020; Published online: April 29, 2020): <https://www.mja.com.au/journal/2020/australias-national-covid-19-primary-care-response>.



## Consejos para mantener una buena salud mental

Tener que quedarse en casa y aislarse físicamente de las amistades y, para algunos, de su propia familia, constituyó un cambio social radical. El consejo más importante fue reformular la frase “distanciamiento social” a “distanciamiento físico con conexión social” para enfatizar la importancia de permanecer conectado con otras personas. Los consejos para manejar la salud mental durante el aislamiento incluyeron mantener una sensación de control, mediante el establecimiento de una rutina diaria, mantenerse activo, alimentarse adecuadamente y permanecer conectado socialmente con amistades y familiares. Los consejos para manejar la avalancha de información y la desinformación sobre COVID-19 en las plataformas de redes sociales, alentaron a las personas a continuar informadas, mediante el uso de fuentes de información creíbles y a mantenerse temporalmente al margen de las noticias relacionadas al COVID. Es importante destacar que los líderes de la comunidad mantuvieron un sentido de esperanza y recordaron a la población sobre la naturaleza temporal de la pandemia.<sup>22</sup>

## Cómo acceder a los servicios de salud mental

El sitio web Head to Health proporcionó un punto de partida, con información disponible para ayudar a las personas a acceder a diferentes tipos de apoyo de salud mental, y se proporcionaron consejos para ayudar a elegir un servicio.<sup>23</sup> Se pusieron a disposición links sobre una variedad de servicios de salud mental australianos, incluidos Línea de apoyo infantil, Lifeline, Head-space, Mindspot, Phoenix Australia y Beyond Blue. Fondos gubernamentales y privados, apoyaron el desarrollo de un centro de información COVID-19 específico, la provisión de recursos digitales de Coronavirus y un servicio de asesoramiento telefónico las 24 horas a través de Beyond Blue.<sup>24</sup> Esto fue diseñado para ayudar a las personas que experimentan ansiedad o estrés relacionados con el COVID, incluyendo cambios en el empleo, la escuela y la salud, así como preocupaciones familiares.

## Servicios de telesalud

Se introdujeron y financiaron nuevos servicios temporales de telesalud, desde telefonía o de consultas por videollamadas, a través del plan nacional de seguro de salud público de Australia, Medicare.<sup>25</sup> Estos

22- Australian Government Department of Health. Head to Health: COVID-19 Support Canberra, Australia: Australian Government; 2020 [Available from: <https://headtohealth.gov.au/covid-19-support/covid-19>].

23- Australian Government Department of Health. Head to Health: COVID-19 Support Canberra, Australia: Australian Government; 2020 [Available from: <https://headtohealth.gov.au/covid-19-support/covid-19>].

24- Beyondblue. Coronavirus Mental Wellbeing Support Service Australia: Beyondblue; 2020 [Available from: <https://coronavirus.beyondblue.org.au/>].

25- Australian Government Department of Health. The Australian Health System Canberra, Australia: Australian Government; 2020 [Available from: <https://www.health.gov.au/about-us/the-australian-health-system#medicare-the-foundation-of-our>].

tenían como objetivo garantizar el acceso continuo a la atención médica regular, como el manejo de enfermedades crónicas y la atención COVID-19, así como el acceso a atención y apoyo de salud mental, mientras que al mismo tiempo se reduce el riesgo de transmisión de COVID-19 en entornos de atención médica. Los servicios de telemedicina en salud mental tenían como objetivo apoyar tanto la participación continua de las personas con problemas de salud mental preexistentes como el contacto inicial con los servicios de salud mental para quienes experimentan estos problemas por primera vez. Esta estrategia reconoció la importancia de poder conectarse con otras personas y el papel fundamental de la relación terapéutica. Al mismo tiempo, se proporcionó a las personas que necesitaban contacto cara a cara formas de acceder a ella.

### Apoyar a niñas, niños y jóvenes

Se ampliaron los servicios de apoyo al trabajo y estudio telefónicos, en línea y digitales existentes para niñas, niños y jóvenes, y se capacitó a personal adicional como consejeros para satisfacer la creciente demanda de servicios, incluidos Kids Helpline, Lifeline y Headspace. El papel de madres y padres a la hora de hablar con los niños y ayudarles a comprender y afrontar la pandemia fue fundamental. Head to Health brindó consejos para que madres y padres se tomaran tiempo para hablar con hijos e hijas y entregar más información adicional, explicando lo que es COVID-19, de manera tal que niñas y niños pudieran entender, así como modalidades de empatizar con los sentimientos de niñas y niños.

### Mantener a las personas vulnerables seguras y conectadas a los servicios de salud mental

La pandemia representó un momento particularmente desafiante para los australianos mayores que tenían un mayor riesgo de resultados negativos de la infección por COVID-19 y, a menudo, en entornos institucionales o domiciliarios aislados. Se dispuso de financiamiento para ampliar un plan de visitas a la comunidad, en el que el personal y los voluntarios ayudaban a los ancianos a mantenerse conectados por teléfono o en línea. Además de aumentar el acceso a través de telesalud, se ampliaron los servicios de apoyo psicosocial existentes para los usuarios de comunidades con problemáticas de salud mental. Los servicios de apoyo entre pares para personas con trastornos mentales urgentes, graves y complejas también se reforzaron con financiamiento adicional del gobierno. Debido a problemas de salud preexistentes, la alta movilidad de la población y las dificultades con el acceso a los servicios, los pueblos originarios de Australia y los isleños del Estrecho de Torres tenían un mayor riesgo de contraer COVID-19. Los pueblos originarios desarrollaron recursos específicos para sus comunidades.<sup>26</sup>

---

health-system.

26- Australian Government Department of Health. Coronavirus (COVID-19) resources for Aboriginal and Torres Strait Islander people and remote communities Canberra Australia: Australian Government; 2020 [Available from: <https://www.health.gov>].

## Apoyando al personal sanitario

Trabajadoras y trabajadores de la salud de primera línea informaron altos niveles de ansiedad y depresión durante la pandemia,<sup>27 28</sup> con una gravedad cada vez mayor para quienes se dedican a la atención directa de pacientes con COVID-19.<sup>29</sup> Los médicos rurales a menudo son líderes comunitarios y destacaron la necesidad de apoyo para mantener su propia salud mental y bienestar durante la pandemia.<sup>30</sup> El apoyo temprano es un mecanismo clave para prevenir o minimizar el impacto del estrés en la salud mental.<sup>31</sup> Para los trabajadores de la salud, esto incluyó la provisión de pautas coherentes y claras para apoyarlos en sus funciones clínicas<sup>32</sup> y un portal dedicado disponible en el sitio web Head to Health, que incluía enlaces a Mindspot, los cuales brindan consejos psicológicos para el personal de la primera línea, y TEN: The Essential Network para profesionales de la salud, desarrollado por Black Dog Institute.

## Encontrar nuevos conocimientos a través de la investigación

Reconociendo el valor de la investigación para comprender el impacto de las emergencias en la salud mental, se proporcionó una financiación sustantiva para una investigación inmediata, a fin de mejorar la respuesta nacional de salud mental al COVID-19.<sup>33</sup> Se dedicó financiamiento específico a la investigación centrada en el impacto del COVID-19 en los hombres, incluyendo padres primerizos, hombres en la construcción y los que habían perdido sus trabajos.

## Conclusión y recomendaciones

---

au/resources/collections/coronavirus-covid-19-resources-for-aboriginal-and-torres-strait-islander-people-and-remote-communities.

27- Naren T. 'Needless to say, I don't sleep well': A GPs life at the coronavirus coalface. AusDoc Plus 2020; April 30, 2020: <https://www.ausdoc.com.au/news/needless-say-i-dont-sleep-well-gps-life-coronavirus-coalface>.

28- Jenkins K. 'GPs need to be kind to themselves': Your mental health in a time of COVID-19. AusDoc Plus. 2020; May 14, 2020: <https://www.ausdoc.com.au/news/gps-need-be-kind-themselves-your-mental-health-time-covid19>.

29- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, et al. Factors Associated With Mental Health Outcomes Among Health Care Workers Exposed to Coronavirus Disease 2019. JAMA network open. 2020;3(3) :e203976.

30- Rural Australian surged to seek supports to combat stress [press release]. <https://www.rdaa.com.au/documents/item/1068>: RDA & ACRRM, 8 May 2020 2020.

31- Greenberg N, Docherty M, Gnanapragasam S, Wessely S. Managing mental health challenges faced by healthcare workers during covid-19 pandemic. BMJ. 2020;368:m1211.

32- Desborough J, Hall Dykgraaf S, Rankin D, Kidd M. Importance of consistent advice during a pandemic. Australian Journal for General Practitioners. 2020; 49:369-72.

33- Additional \$20 million for Mental Health and Suicide Prevention Research [press release]. May 25, 2020 2020.

Se han generado aprendizajes y resultados positivos que deben aprovecharse, especialmente la relación de trabajo más cercana y eficiente entre todos los niveles de gobierno y organizaciones comunitarias, formas de trabajo más conectadas y conexión con los grupos específicos en mayor riesgo. Los grupos vulnerables incluían a aquellos a los que era más difícil acceder, comunidades rurales y remotas, personas en cuarentena, personas con trastornos mentales crónicas y sus cuidadores, aquellos con capacidad limitada para acceder a teléfonos inteligentes y tecnología relacionada, personas expuestas a la violencia familiar y doméstica, y aquellos de diferentes culturas y orígenes. Fue fundamental la colaboración entre los servicios de atención primaria existentes, los servicios clínicos terciarios y los servicios comunitarios de salud mental. La respuesta de Australia ha sido alentar la búsqueda de ayuda, desarrollar estrategias de superación y resiliencia, y apoyar a las personas con problemas de salud mental durante la pandemia.

Traducción: Carlos Güida Leskevicius  
Edición: Paula Soto Reyes

## COVID 19 e Inequidad

### DR RAHN BAILEY, MD

*Assistant Dean of Clinical Education and Professor of Psychiatry, Department of Psychiatry & Behavioral Medicine, Charles R. Drew University School of Medicine and Chief Medical Officer of Kedren Community Hospital System. Dr. Grover is a Research Associate with Kedren Community Hospital System.*

### DR AMIT GROVER MBBS

Los servicios de gestión y de atención en salud han descrito constantemente su anhelo de lograr la equidad en salud. La pandemia de coronavirus y su impacto en las comunidades afroamericanas y minorías étnicas, destaca lo ampliamente difundido, que hasta ahora ha sido un objetivo no alcanzado: accesibilidad en la atención, de alta calidad y basada en evidencia para todos los grupos, independientemente de su raza, clase, género o identidad sexual. En medio de esta pandemia, lo/as psiquiatras y lo/as profesionales de la salud mental se enfrentan al desafío de examinar más de cerca su papel en la satisfacción de las necesidades de las comunidades que se han vuelto vulnerables por factores sistémicos y sociales. El número desproporcionado de estadounidenses en las comunidades afroamericanas y minorías étnicas que han muerto a causa del COVID-19 es un llamado a la acción para todas las instituciones y personas que brindan tratamiento, servicios y atención.

La palabra “inequidad” es un descriptor útil para medir los resultados. Sin embargo, no logra definir completamente las razones fundamentales de las disparidades en salud. La sustancia de la inequidad es el racismo. El racismo médico e institucional ha generado resultados dispares para lo/as estadounidenses en las comunidades afroamericanas y minorías étnicas desde el período colonial.

La Academia Nacional de Medicina publicó un informe histórico en 2002, “Trato desigual: enfrentando las disparidades raciales y étnicas en la atención médica”, que examinó el racismo en la atención médica. Describió el impacto social del racismo y su efecto en los resultados de la atención médica para la comunidad afrodescendiente y discutió los prejuicios profesionales. Se discutieron las inequidades en la prestación de servicios.

Por ejemplo, lo/as pacientes afrodescendientes a menudo fueron tratadas/os de forma deficiente por sus síntomas depresivos. Las personas afroamericanas tienen más probabilidades de ser diagnosticadas en exceso con trastornos del espectro de la esquizofrenia. Es más probable que se les receten medicamentos antipsicóticos generalmente con dosis más altas que sus contrapartes blancas a pesar de síntomas similares.

Con base en estas diferencias de tratamiento, los sistemas de atención y los profesionales de la salud mental malinterpretan o ignoran las experiencias de los/las pacientes afrodescendientes. Las expresiones de angustia de personas afroamericanas a menudo se controlan. Las personas afrodescendientes

están representadas de manera desproporcionada en el sistema judicial, especialmente aquellas con trastornos mentales graves. Tienen más probabilidades de recibir sentencias más duras que sus contrapartes blancas. Los expertos coinciden en que los servicios de salud mental que se brindan en las cárceles y las prisiones son inadecuados.

## COVID-19 y la Experiencia de Trauma Colectivo para las Comunidades Afroamericanas y Minorías Étnicas

Han surgido datos sobre los efectos del virus en la economía. Para los estadounidenses de las comunidades afroamericanas y minorías étnicas, las alarmantes tasas de infección y el número desproporcionado de muertes refuerzan su sentimiento de abandono por la atención médica estadounidense. Exponiendo sus posiciones poco envidiables en el orden social. El Centro de Control y Prevención de Enfermedades (CDC) caracterizó los datos de COVID-19 de 14 estados para el mes de marzo. Si bien las personas afrodescendientes representaban el 18% del área de influencia, tenían una tasa desproporcionada de hospitalizaciones por infección del 33%.

Detroit, Michigan, tiene una gran población afroamericana que ofrece un ejemplo de los factores raciales y económicos que contribuyen a la propagación de la enfermedad en la comunidad. Detroit ha recibido poco apoyo económico del gobierno federal y estatal a raíz del COVID-19. Históricamente, muchas comunidades se encuentran en áreas médicamente desatendidas. Detroit es el principal contribuyente a la desproporcionada tasa de mortalidad de afrodescendientes (33% -40%) por COVID-19 en el estado, aunque este grupo comprende solo el 14% de los/as residentes del estado. En Chicago, el 70% de las muertes por COVID-19 ocurrieron en comunidades afroamericanas. Otras ciudades como Nueva York, Albany y Nueva Orleans muestran hallazgos comparables.

El racismo y la adversidad estadounidenses influyen en la mayor carga de enfermedades psiquiátricas y traumas de la/os afrodescendientes. Se enfrentan a eventos traumáticos comunes a la sociedad moderna, pero también experimentan el impacto del racismo. Además, esto comienza temprano en su proceso de desarrollo. Lo/as niño/as afrodescendientes están más expuesta/os a experiencias infantiles adversas que lo/as niño/as blanco/as. Estudios anteriores han demostrado que las personas afroamericanas tienen tasas más altas de trastorno por estrés postraumático que las personas blancas. La pandemia de Covid-19 y las disparidades de salud se han sumado a este trauma.

## COVID-19 y Salud Mental en la Comunidad Afroamericana

Las condiciones sociales preexistentes y los factores estresantes son particularmente problemáticos para los afroamericanos que padecen trastornos mentales y consumo problemático de sustancias. Como psiquiatras, somos responsables de lidiar con la próxima ola de consecuencias traumáticas del COVID-19. Los efectos del aislamiento, el desempleo y el dolor colocaron a poblaciones ya vulnerables en riesgo de sufrir mayores pérdidas. La Encuesta de la Oficina Censal, El Pulso de los Hogares, muestra que la ansiedad y los síntomas depresivos pueden ser más frecuentes durante la pandemia.

Las comunidades afroamericanas y minorías étnicas pueden estar más agobiadas por la ansiedad asociada con COVID-19 dados los impactos económicos. Históricamente, han tenido tasas más altas de desempleo, es más probable que tengan trabajos menos calificados y es menos probable que tengan un seguro patrocinado por el empleador. Es más probable que las comunidades afroamericanas y minorías étnicas utilicen el transporte público y encajen en la categoría de trabajadores esenciales. El estatus socioeconómico puede influir en la disparidad de los resultados en salud.

## El Camino a Seguir: Una Estrategia para la Equidad en Salud

El problema de erradicar la desigualdad no es responsabilidad exclusiva de las comunidades afroamericanas y las minorías étnicas. Psiquiatras y líderes de cualquier sector, deben abordar estos problemas de manera directa y enérgica. La experiencia de las personas afrodescendientes y otros grupos marginalizados en Estados Unidos son constantemente invisibilizados. La/os pacientes de las comunidades afroamericanas y las minorías étnicas, repetidamente se sienten no visto/as ni escuchado/as en los entornos clínicos. El eterno sentimiento de que las vidas de personas afroamericanas son menos, incluso en el cuidado de la salud, es algo que no puede tomarse a la ligera.

Empeorando particularmente el miedo de las comunidades afroamericanas a la pandemia de COVID-19, están las múltiples y continuas experiencias de trauma colectivo a través de la violencia y el maltrato presenciados. Las personas afrodescendientes están expuestas con frecuencia a grabaciones de hombres y mujeres que han sido agredido/as violentamente o asesinado/as por autoridades. Los psiquiatras deben reconocer y validar los sentimientos y experiencias de sus pacientes.

El trauma generacional y el dolor permanente de lo/as afroamericano/as pesan mucho en su salud mental. Los efectos dispares de estas enfermedades y muertes no son nuevos. En la década de 1960, el racismo se reconoció como un problema de salud pública y ese hecho sigue siendo el mismo hoy. Estas desigualdades no pueden eliminarse sin una acción y un esfuerzo riguroso. No podemos simplemente ofrecer tratamientos, servicios o atención prescritos. La profesión médica a menudo crea asociaciones con estos grupos para apuntar a los agentes sociales (comunitarios) de la salud. Se hace poco en ma-

teria de formación educativa antirracista o de promoción de políticas que produzcan los recursos necesarios para las comunidades afroamericanas y las minorías étnicas. La equidad en salud solo puede lograrse mediante la redistribución de la riqueza y los recursos. Junto con reformas significativas que eliminan las barreras para los programas sociales y la prosperidad económica.

La comunidad afroamericana representa aproximadamente el 13% de la población de EE. UU. Profesionales de la salud afrodescendientes representan solo el 5% de la fuerza laboral médica y es aún menor en la fuerza laboral psiquiátrica. Lo/as psiquiatras afroamericano/as no pueden ser los únicos responsables de lograr la equidad.

Los eventos de las últimas semanas resaltan la imperiosa necesidad de que los líderes en psiquiatría reconozcan su papel en la participación comunitaria. La indignación nacional por la muerte de Breonna Taylor, Ahmaud Arbery y George Floyd interpela un llamado a la acción para que el liderazgo promueva la consagración de las vidas de las personas y el bienestar de los/las pacientes afrodescendientes.

Encontrar formas de incentivar a las organizaciones y los sistemas de atención de la salud para apoyar la educación, la investigación y el desarrollo de la fuerza laboral culturalmente informada debería ser el pilar para lograr la equidad en la salud. APA ha trabajado para desarrollar el grupo de trabajo sobre racismo orientado a la formulación de políticas y la recaudación de dinero y recursos para atender estas preocupaciones. Fomentar las relaciones con organizaciones privadas facilita estas agendas. Promover el concepto de “comprar negros”. Apoyar empresas e iniciativas propiedad de personas afroamericanas en las comunidades. Invertir dinero en propiedades y asociarse con estas organizaciones de base en la comunidad.

Las principales organizaciones deben hacer su parte. Por ejemplo, la AMA comenzó una iniciativa en el lado oeste de Chicago llamada iniciativa y fondo CDFI. Con esto están aportando 2 millones de dólares a la comunidad. Para ayudar a financiar las necesidades de la comunidad. La asociación con dicha organización conduce a la financiación de comunidades desatendidas.

Según la publicación de Washington, el gobierno de los EE. UU. gastó \$ 500 mil millones de dólares para rescatar a las instituciones financieras en 2008. La Ley de Ayuda, Alivio y Seguridad Económica por el Coronavirus (Ley CARES) autoriza al Tesoro de los EE. UU. a gastar hasta \$ 877 mil millones de dinero de los contribuyentes para ayudar a las corporaciones durante esta crisis. Esto plantea la pregunta de por qué no se están gastando fondos para ayudar a las comunidades afroamericanas y de minorías étnicas. Esto impulsa la importancia de establecer relaciones con las legislaturas locales y estatales. Serán necesarios grandes esfuerzos si queremos salir de esta pandemia con una mínima morbilidad y mortalidad de las poblaciones afroamericanas y de minorías étnicas.

Traducción: Paula Soto Reyes  
Edición: Carlos Güida Leskevicius



## Salud Mental y Covid-19: Una Necesidad para la Acción

**ROBERTO MEZZINA**

*MD Psiquiatra. WFMH VP Europa.*

Se han destacado una serie de paradojas y contradicciones durante la pandemia de Covid para la Salud Mental.

- Las relaciones terapéuticas necesitan contacto, por lo que pueden verse comprometidas por la pérdida de presencia física que se instala.
- La vida social se ve obstaculizada por el encierro y por los necesarios cambios de estilo de vida que las personas deben realizar, pero la disponibilidad de servicios comunitarios se ha reducido, la atención ambulatoria se ha interrumpido en muchos lugares y la atención de emergencia en los hospitales es privilegiada.
- Las instituciones psiquiátricas (y todas las formas de atención residencial, por ejemplo, hogares de ancianos, hogares de asistencia social, especialmente a gran escala) fueron en muchos casos fuentes de infección, pero las personas se quedan más tiempo ya que difícilmente pueden ser dadas de alta, sus derechos humanos han sido comprometidos y los contactos sociales son limitados.
- Si bien es necesaria la adopción de una mayor higiene y protección de la salud, existe el mismo requisito para una intervención social sólida.
- Solidaridad (también a nivel comunitario) es necesaria, y ha amortiguado el impacto traumático de Covid-19, pero esto no sucederá per se, requiere un papel catalizador de los servicios comunitarios.

Las respuestas integrales están demostrando ser más importantes que los enfoques individuales, ya que los servicios integrados responden a las necesidades de toda la vida de la persona y la comunidad.

Las personas vulnerables afectadas por la pobreza, el racismo, la discriminación por motivos de edad, la falta de vivienda, el aislamiento y la marginación, especialmente aquellas con problemas de salud mental preexistentes, deben recibir intervenciones en primer lugar, y la respuesta debe adaptarse especialmente a sus necesidades de vida y circunstancias sociales.

Este es un momento de dificultad, pero también una posibilidad para que el esfuerzo humano cambie y mejore la salud mental en todo el mundo.

Después del estallido de la pandemia Covid-19, los gobiernos están llamados a reformular las políticas de salud mental. La salud, como un derecho per se, está incluida dentro de la gama más amplia de derechos humanos y está relacionada con los determinantes sociales y el desarrollo humano (Objetivos

de Desarrollo Sostenible, ODS).<sup>1</sup> Como declaró la Comisión Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible, “existe una oportunidad histórica para reformular la agenda global de salud mental en el contexto de la amplia conceptualización de la salud mental y los trastornos previstos en los ODS”.<sup>2</sup> Los ODS permiten ampliar la agenda mundial de salud mental desde un enfoque en la reducción de la brecha de tratamiento para las personas afectadas por trastornos mentales hasta la mejora de la salud mental para poblaciones enteras y la reducción de la contribución de los trastornos mentales a la carga mundial de enfermedad.

La Federación Mundial de Salud Mental-WFMH emitió un llamado para Planes Nacionales de Salud Mental durante la emergencia global del coronavirus.<sup>3</sup> Esto requirió que todos los países y sus gobiernos aseguraran que los planes nacionales de salud mental estén diseñados para manejar las consecuencias en la salud mental de la emergencia sanitaria mundial por coronavirus. Es indiscutible que la actual emergencia de COVID-19 tendrá consecuencias y efectos duraderos en la salud mental de todas las personas, afectando a la población en general con un estrés sorprendentemente elevado. El impacto real en la salud mental está ocurriendo hoy, cuando las personas enfrentan las consecuencias de pérdidas humanas y económicas junto con sentimientos depresivos y de ira, síntomas postraumáticos y otras condiciones. Por otro lado, el empobrecimiento de los servicios, su reducción y fusiones, y la escasez de personal que ya está presente debido a la crisis económica subyacente en la mayoría de los países pueden dejar la salud mental al final de la lista de prioridades de salud. Esto tiene un impacto especial en las personas con problemas de salud mental preexistentes.<sup>4</sup>

En Europa, desde hace 20 años, la Red Internacional de Colaboración en Salud Mental-IMHCN (una organización miembro con derecho a voto de la WFMH) tiene como objetivo ensamblar buenas prácticas y servicios. La IMHCN, establecida por un primer grupo de organizaciones líderes de salud mental, bajo los auspicios de la OMS en Ginebra en 2001, está trabajando actualmente para un enfoque de la salud mental a lo largo de toda la vida, todo el sistema y toda la comunidad. Hay varias organizaciones que ya han establecido (o están intentando) establecer un sistema comunitario completo de atención con demostrada costo-efectividad. Lugares como Trieste (y la Región Friuli Venezia Giulia) en Italia, Lille en Francia (que son Centros Colaboradores de la OMS), Asturias en España, Cavan y Monaghan en Irlanda, Cornualles, Plymouth y Gales del Sur en el Reino Unido, Lyngby (Copenhague), Utrecht en los Países Bajos, Praga, etc. han cerrado sus hospitales psiquiátricos o han limitado severamente y / o finalmente han excluido el uso de la coacción y el aislamiento<sup>5</sup>. Estos servicios han reaccionado a las limitaciones impuestas por la política Covid-19 de manera proactiva, no solo cerrando los servicios ambulatorios,

1- United Nations. *Sustainable development goals. Knowledge Platform*. 2. <https://sustainabledevelopment.un.org/?menu=1300>

2- Patel V, Saxena S, Lund C, et al. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. www.thelancet.com Published online, October 9, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

3- The World Federation for Mental Health (2020) Appeal for National Plans for Mental Health during the Coronavirus Global Emergency. <https://wfmh.global/mental-health-and-covid-19-appeal/>

4- Mezzina R, Sashidharan SP, Rosen A, Killaspy H, Saraceno B. Mental health at the age of coronavirus: time for change. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, published online, 29 May 2020. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01886-w>

5- International Mental Health Collaborating Network. [www.imhcn.org](http://www.imhcn.org)

sino brindando mayor cobertura, apoyo en el hogar, intervenciones personalizadas integradas, prevención de hospitalizaciones, asistencia remota en línea que incluye terapias grupales y respondiendo a necesidades primarias de aquello/as en aislamiento social o situación de pobreza.

## Salud Mental en Todas las Políticas

Después de los numerosos llamados, algunos países finalmente comienzan a enfrentar el problema de salud mental en el post Covid. Los lineamientos para la política pública de la ONU, presentados por el Secretario General Gutiérrez, van en la dirección correcta: reconocer los servicios esenciales para las personas con trastorno severo, involucrar a toda la sociedad y sobre todo a las partes interesadas como protagonistas, hacer planes nacionales e invertir, para involucrar a la comunidad, para incrementar y reorganizar los servicios, y sobre todo desinstitucionalizar.<sup>6</sup>

Aparte de un grupo de países, los ministerios han emitido hasta ahora notas de servicio esquemáticas destinadas a reducir los riesgos y poco más. Pero si no es ahora, ¿cuándo?

Para lograr la Salud Mental para Todos y Todas, el acceso debe ser mayor, no solo a la atención y los servicios psiquiátricos, sino a una comunidad de bienestar, p. ej., las respuestas a los determinantes sociales de la salud y la enfermedad, a los programas sociales, a los recursos sociales y colectivos, a las relaciones humanas.

La promoción de la salud mental estuvo en el centro de una reciente iniciativa europea (Unión Europea-Orientaciones para la Acción en Salud Mental y Bienestar, 2015-2018)<sup>7</sup>, donde el concepto de acción intergubernamental (intergubernamental: enfoque de salud mental en todas las políticas), incluso llevó a especular sobre la exclusión del Ministerio de Salud. La salud mental en todas las políticas (MHiAP) es un enfoque para promover la salud mental y el bienestar de la población a través de iniciar y facilitar acciones dentro de diferentes áreas de políticas públicas no relacionadas con la salud. MHiAP enfatiza los impactos de las políticas públicas en los determinantes de la salud mental, se esfuerza por reducir las desigualdades en salud mental, tiene como objetivo resaltar las oportunidades que ofrece la salud mental en diferentes áreas de políticas y refuerza la responsabilidad de los hacedores de políticas por el impacto en la salud mental.

6- UN Secretary-General Policy Brief: COVID-19 and the need for action on mental health. [https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un\\_policy\\_brief-covid\\_and\\_mental\\_health\\_final.pdf](https://www.un.org/sites/un2.un.org/files/un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf)

7- European Union. EU-Compass. *Joint Action on Mental Health and Well-being. Mental Health in All Policies. Situation analysis and recommendations for action.* 2017

## Invertir en Salud Mental. ¿Cuánto y Por Qué?

Según el Atlas de Salud Mental de la OMS (2017)<sup>8</sup>, el gasto en salud mental es menos del 2% de la mediana mundial del gasto público en salud, con una gran variación entre regiones, p. ej., el gasto en salud mental per cápita en Europa es más de 20 veces mayor en comparación con África y el sudeste asiático. El rango entre países de ingresos altos y países de ingresos bajos en el gasto en salud mental per cápita sigue siendo enorme. La mayor parte del gasto informado se asigna a hospitales psiquiátricos en particular, excepto en los países de ingresos altos donde menos del 43% del gasto se destina a hospitales psiquiátricos (35 USD del total de 80 USD). En Europa, el 100% de los servicios están totalmente asegurados (sin gastos de bolsillo).

La inversión actual en salud mental en Europa es desigual y no está relacionada con el PIB del país. En 2015, se estimó que los costos globales relacionados con las enfermedades mentales superaron el 4% del PIB en los 28 países de la UE, pero oscilaron entre 2,1 en Rumanía y 5,0 en Noruega. (OCDE)<sup>9</sup>

Algunos países como Italia han invertido solo el 3,5% de sus fondos sanitarios totales, también debido al cierre de grandes instituciones psiquiátricas durante muchos años (recientemente hospitales forenses), mientras que otros han alcanzado tasas tan altas como el 15% en Francia (con más de 80.000 pacientes hospitalizados), a pesar de una reducción sustancial de camas (Reino Unido).<sup>10</sup>

HIC debe invertir al menos el 10% de su presupuesto de atención médica, mientras que LIC al menos el 5% (ver Tabla)<sup>11</sup>

Todavía existen grandes hospitales psiquiátricos en Europa Central y Oriental, que representan casi la única respuesta para las personas con problemas graves de salud mental. Los cambios esperados de la muy progresista Declaración de Helsinki (2005), el Plan de Acción Europeo de Salud Mental de la OMS (2013-2020), el Libro Verde (2006), el Pacto Europeo para la Salud Mental y el Bienestar (2008) y otros documentos políticos relevantes no han ocurrido de manera sistemática. La urgencia por los derechos humanos basada en la CDPD y su implementación en Europa, a pesar de esfuerzos como el Programa de Derechos de Calidad de la OMS, no ha logrado una implementación sustancial.<sup>12</sup>

Invertir recursos en salud mental significa muchas cosas. En primer lugar, significa atención, apelar a la opinión pública, centrarse en las necesidades colectivas para promover una mejor calidad de vida.

8- Mental Health Atlas 2017. Geneva: World Health Organization; 2018. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO.

9- OECD/EU (2018), *Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle*, OECD Publishing, Paris. [https://doi.org/10.1787/health\\_glance\\_eur-2018-en](https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en)

10- European Union. EU-Compass. *Joint Action on Mental Health and Well-being. Mental Health in All Policies. Situation analysis and recommendations for action*. 2017

11- Patel V, Saxena S, Lund C, et al. *The Lancet Commission on global mental health and sustainable development*. www.thelancet.com Published online, October 9, 2018 [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(18\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31612-X)

12- Mezzina R, Rosen A, Amering M, Javed A (2018). The practice of freedom: human rights and the global mental health agenda. In *Advances in Psychiatry* (ed. KD Fountoulakis, A Javed). Springer: New York, 483-515

Incluso puede significar más dinero para hospitales psiquiátricos, asilos y otros lugares de reclusión. Ya en el mundo absorben más del 80 por ciento de los recursos destinados a la salud mental.

Queremos inversiones que incrementen el capital social de comunidades e individuos, que estén mediadas por programas y servicios que aumentan la confianza del usuario/a.

Queremos inversiones que saquen de la pobreza a personas con discapacidad psicosocial, que son lo/as nuevo/as pobres y que están atado/as a las adicciones y que se les niega la posible autonomía de un proyecto de vida, fuera de la pobreza.

Queremos inversiones productivas que transformen la vida de las personas y los propios servicios comunitarios, que suelen ser su apoyo más importante.

Por lo tanto, debemos enfatizar la importancia de los servicios comunitarios, operando las 24 horas del día, los 7 días de la semana, para incorporarlos a las organizaciones de salud e integrarlos con los servicios de bienestar, promoviendo la prevención de la discapacidad a través de intervenciones tempranas, contrastando con la institucionalización y respondiendo a las necesidades de toda la vida, desde la vivienda al trabajo hasta la inclusión social.

Estos servicios deben planificarse, entregarse y evaluarse en coproducción con las partes interesadas, comenzando por las personas con experiencia vivida y sus cuidadores/as. El bajo nivel de cuidados coercitivos es uno de los indicadores más alentadores, como en Italia.<sup>13</sup>

## Mensajes clave

1. El Covid-19 ha afectado a entornos humanos e individuos en todo el mundo, especialmente a quienes viven con condiciones problemáticas de salud mental y los servicios que les asisten. También ha creado la necesidad de intervenciones comunitarias más integradas, que también aborden los determinantes sociales de la salud.
2. La asistencia en salud mental no cuenta con fondos suficientes en todo el mundo, incluida Europa, no obstante, se han desarrollado buenas experiencias y a su vez rentables que involucran a la sociedad en general y abordan los determinantes sociales.
3. La atención a la salud mental debe estar involucrada en todas las políticas, y la inversión debe mejorar los servicios comunitarios, cercanos a las personas y a sus entornos de vida, alejándose de las instituciones, como hoy afirman la ONU y la OMS.

13- Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its success and continuing need. *Epidemiology and Psychiatric Sciences* (2018), 27, 336–345. Cambridge University Press. doi:10.1017/S2045796018000070

## Tabla

### Deben mejorarse las inversiones para la salud mental (Comisión Lancet, 2018).

Los países de ingresos bajos y medios deberían aumentar su asignación de salud mental al menos al 5% y los países de ingresos altos al menos al 10% del presupuesto total de salud. Este aumento debe ser adicional a la asignación para otras prioridades de desarrollo que también apoyarán la salud mental. Aunque los recursos adicionales son esenciales, existen oportunidades inmediatas para un uso más eficiente y eficaz de los recursos existentes, por ejemplo, mediante la redistribución de los presupuestos de salud mental de los grandes hospitales a los hospitales de distrito y los servicios locales comunitarios, la introducción de intervenciones tempranas para pacientes con trastornos mentales emergentes y la reasignación de presupuestos para otras prioridades de salud, para promover la integración de la atención de salud mental en las plataformas de prestación establecidas.

## La Necesidad de un Cambio Fundamental en la Salud Mental: una Demanda de Acción de Todos/as Nosotros/as

Finalmente, destacamos la necesidad de una Campaña Mundial de acción para mejorar la salud mental de las personas, un movimiento que pide un cambio fundamental en el Pensamiento, la Práctica y los Sistemas, integrado por organizaciones de Salud Mental internacionales, nacionales y locales, una alianza de organizaciones e individuos de países de ingresos bajos a medios y altos.

Traducción: Paula Soto Reyes

Edición: Carlos Güida Leskevicius

# Intervenciones de Salud Mental Durante y Después el COVID-19

La experiencia sudafricana en intervenciones de salud mental durante la pandemia de coronavirus

**DR INGRID DANIELS**  
**TARYN DU TOIT**

## Introducción

La pandemia de COVID-19 ha tenido un impacto vertiginoso y sin precedentes en las sociedades de todo el mundo. El primer caso de Coronavirus fue confirmado por el Ministro de Salud, Dr. Zweli Mkhize, en Sudáfrica el 5 de marzo de 2020, luego de que un ciudadano sudafricano que regresó de Italia fuera diagnosticado con el virus. Hasta ese momento, Sudáfrica no se había visto afectada en gran medida, mientras la enfermedad se extendía incontrolablemente en el norte con una asombrosa tasa de infección por coronavirus de 95324 reportada a nivel mundial (OMS, 2020).

El gobierno sudafricano decretó un Estado Nacional de Desastre y entró oficialmente en un fuerte confinamiento el 27 de marzo de 2020 con 61 infecciones y 2 muertes reportadas. La decisión respecto a decretar el confinamiento mucho antes en comparación con Europa y otros lugares fue principalmente para reducir las tasas de transmisión y muerte, pero también para fortalecer urgentemente la capacidad del sistema de salud y la respuesta de emergencia psicosocial de un sistema de salud pública que ya estaba sobrecargado para hacer frente al peak de la infección previsto entre junio - noviembre de 2020.

Sudáfrica debía tener en cuenta factores de riesgo geofísicos, de comorbilidad, socioeconómicos y de transmisión particulares. El país reconoció que, a diferencia de los países de ingresos altos, tenía distintos desafíos y preocupaciones relacionados con estos riesgos. Las preocupaciones relacionadas con la rápida propagación del virus entre grandes poblaciones que viven en municipios congestionados y superpoblados donde el aislamiento o la cuarentena eran prácticamente imposibles se convirtieron en puntos focales de gestión. Hubo más preocupaciones con respecto a un sector de la salud pública ya sobrecargado que estaría bajo una enorme presión para hacer frente a las grandes demandas de instalaciones de emergencia, UCI y ventilación.

A medida que los países entraban en el confinamiento, el distanciamiento físico y el aislamiento se convertía en un requisito para la prevención y la contaminación, por tanto, la preocupación por el impacto del COVID-19 en la salud mental de las personas fue luego identificado a nivel mundial.

## El Contexto de la Salud Mental en Sudáfrica

Según Bradshaw et al. (2007), los trastornos mentales y las afecciones neuropsiquiátricas ocuparon el tercer lugar en cuanto a contribuir a la carga de enfermedad en Sudáfrica, mientras que Williams et al. (2008) encontraron que el 16,5% de los sudafricanos padecen un trastorno mental y un asombroso 75%-85% no ha tenido el beneficio de recibir tratamiento.

El virus no discrimina y, por lo tanto, todos estaban expuestos y eran vulnerables. Una mayor angustia por la salud mental entre los sudafricanos se hizo prevalente a medida que aumentaron las tasas de infección por COVID-19 a lo largo de las semanas, mientras que la economía del confinamiento impactaba en muchos hogares.

El impacto del virus en la pobreza en muchas comunidades fue expuesto de la manera más dramática. La división entre ricos y pobres y privilegiados versus desfavorecidos reveló grandes desigualdades dentro del contexto sudafricano. Lund y col. (2011) afirmó que “el trastorno mental y la pobreza interactúan en un ciclo negativo en los países de ingresos bajos y medios”. Funk, Drew y Knapp (2012) señalaron que “los pobres se ven afectados de manera desproporcionada por los trastornos mentales” (p. 166). Por lo tanto, también se vieron excesivamente afectados por el COVID-19 y por consecuencias en su salud mental.

Seedat (2020) advirtió que, “Ante las restricciones y las dificultades económicas que van a la par, los jóvenes de Sudáfrica y las personas con enfermedades mentales preexistentes pueden verse especialmente afectados por las consecuencias potencialmente graves y a largo plazo para la salud mental de la crisis del Covid- 19. El estrés, el miedo y el sufrimiento emocional inducidos por la rápida y agresiva propagación de la infección, así como la magnitud del dolor prolongado por la pérdida repentina y masiva de vidas, se sentirán durante mucho tiempo y por generaciones sucesivas.”

A medida que la tasa de infección aumentó a lo largo de las semanas, la pandemia de COVID-19 no solo presentó una emergencia de salud, sino también una crisis de salud mental y una necesidad imperiosa de ayuda humanitaria en los paquetes de intervención para el cuidado de la salud.

## Intervenciones de Salud Mental Durante el COVID-19

En una estrategia sin precedentes, nunca antes vista, las regulaciones del estado de desastre por el COVID-19 de Sudáfrica identificaron el apoyo y las intervenciones psicosociales como esenciales al lidiar con las devastadoras consecuencias del virus.

Sin embargo, se encontró que faltaban planes nacionales coordinados de intervención de salud mental COVID-19. Por lo tanto, las respuestas implementadas para la salud mental variaron enormemente en-



tre las nueve provincias de Sudáfrica y dentro de ellas. Aunque los planes provinciales de salud mental COVID-19 a menudo eran fragmentados, se identificaron focos de mejores prácticas. Las organizaciones sin fines de lucro de salud mental que se adelantaron al confinamiento estaban mejor preparadas y pudieron reorganizar sus servicios, mientras que otras experimentaron el confinamiento como una barrera y limitación para brindar atención de salud mental accesible durante la emergencia y los períodos prolongados de confinamiento. La consecuencia no predecible del virus asociada a la salud mental afectó en gran medida a los trabajadores esenciales de salud de la primera línea, la cual incluyó una amplia gama de profesionales de la salud durante este tiempo.

Cape Mental Health (CMH), la organización comunitaria sin fines de lucro más antigua de Sudáfrica, con una orgullosa historia que abarca 107 años, comprometida a brindar servicios de salud mental integrales, proactivos y habilitantes para personas con discapacidad intelectual y personas con enfermedades mentales en la provincia de Western Cape fue una de las organizaciones que maximizó el aviso previo de confinamiento para diseñar su servicio remoto de salud mental. La organización tiene un historial de excelencia en los servicios de salud mental en comunidades pobres, de escasos recursos y densamente pobladas. La provincia de Western Cape, en la que opera, fue el epicentro de la pandemia en Sudáfrica con las mayores tasas de infección y muerte observadas no solo en el país sino también en el continente africano a la fecha.

Cape Mental Health (CMH), la organización comunitaria sin fines de lucro más antigua de Sudáfrica, con una orgullosa historia que abarca 107 años, comprometida a brindar servicios de salud mental integrales, proactivos y habilitantes para personas con discapacidad intelectual y personas con enfermedades mentales en la provincia de Western Cape fue una de las organizaciones que maximizó el aviso previo de confinamiento para diseñar su servicio remoto de salud mental. La organización tiene un historial de excelencia en los servicios de salud mental en comunidades pobres, de escasos recursos y densamente pobladas. La provincia de Western Cape, en la que opera, fue el epicentro de la pandemia en Sudáfrica con las mayores tasas de infección y muerte observadas no solo en el país sino también en el continente africano a la fecha.

Cape Mental Health (CMH), la organización comunitaria sin fines de lucro más antigua de Sudáfrica, con una orgullosa historia que abarca 107 años, comprometida a brindar servicios de salud mental integrales, proactivos y habilitantes para personas con discapacidad intelectual y personas con enfermedades mentales en la provincia de Western Cape fue una de las organizaciones que maximizó el aviso previo de confinamiento para diseñar su servicio remoto de salud mental. La organización tiene un historial de excelencia en los servicios de salud mental en comunidades pobres, de escasos recursos y densamente pobladas. La provincia de Western Cape, en la que opera, fue el epicentro de la pandemia en Sudáfrica con las mayores tasas de infección y muerte observadas no solo en el país sino también en el continente africano a la fecha.

Todo el sistema de central telefónica de la organización migró al teléfono celular. Todas las llamadas telefónicas a cualquiera de los programas de la organización se desviaron automáticamente a un teléfono

celular operado por la recepcionista en su propia casa para transmitir todos los mensajes. La gestión de datos para la prestación del servicio se centralizó dentro de nuestro Departamento de Administración.

Se ofreció una canasta integral de servicios de salud mental durante el período de confinamiento para garantizar un contacto regular con los usuarios del servicio y sus familias o cuidadores para disminuir su aislamiento, nutrir su salud mental y ofrecer mensajes de esperanza. El paquete de atención de salud mental remota proporcionado incluía lo siguiente;

## Consejería y apoyo

- Un equipo especial de trabajadores sociales proporcionó servicios de consejería en línea, apoyo de salud mental, crisis de COVID-19 y manejo de casos a través de sus medios de comunicación preferidos (aplicaciones de teléfono celular, mensajes SMS, llamadas telefónicas o correos electrónicos) a los usuarios del servicio con problemas de adaptación emocional, discapacidad psicosocial / trastorno mental, discapacidad intelectual y cualquier persona que requiera apoyo durante este tiempo.

## Rehabilitación Psicosocial

- Se brindaron servicios de rehabilitación psicosocial a adultos con discapacidades psicosociales/enfermedades mentales a través del contacto diario con usuarios de salud mental que participan en Fountain House y grupos comunitarios de rehabilitación psicosocial. Usuarios del servicio con enfermedades mentales dieron testimonio de su entusiasmo a través de fotos, videoclips, mensajes de voz y de texto. Se implementaron diariamente actividades como arte y manualidades, lavado de manos, ejercicios físicos y entrenamiento en habilidades para la vida, para mejorar la resiliencia y la salud mental. Se realizaron controles diarios de salud mental para entregar apoyo adicional y también se brindaron servicios a los necesitados.



*Izquierda: un usuario del servicio hizo un florero con una botella de plástico como regalo para un miembro de la familia.*

*Los usuarios del servicio disfrutaban de las actividades creativas que envían las aplicaciones de teléfonos móviles y los videoclips, especialmente las recetas fáciles de seguir para hornear y el uso de materiales reciclados para hacer cosas.*

## Talleres de Entrenamiento en Educación Especial y Cuidados

- Las actividades se compartieron de forma remota en todos los Centros de atención y educación especial para niños con discapacidad intelectual grave y profunda, jóvenes y adultos con discapacidad intelectual moderada y leve y aquellos con discapacidad intelectual grave y profunda en Talleres de formación. Esta intervención en los Centros de Atención y Educación Especial fue identificada como una innovación de salud mental de mejores prácticas durante la pandemia de COVID-19 por la Red de Innovaciones en Salud Mental <https://www.mhinnovation.net/organisations/cape-mental-health>
- Los padres entregaron comentarios alentadores sobre las actividades del programa realizadas en el hogar y sobre el impacto que tuvieron en sus hijos. Apoyar a los padres, tutores y familias para proporcionar una rutina estructurada, actividades de estimulación y el refuerzo de las habilidades para la vida adquiridas cuando sus niños y adultos con discapacidad mental pudieron asistir a nuestros programas diarios fue fundamental para mantener los avances logrados en su rehabilitación.



*“Como padre de un niño con necesidades especiales, confiamos en nuestros centros de atención especial y sus maestros capacitados para enviar las actividades a través de aplicaciones de teléfonos celulares.*

*Al hacer la actividad diaria y cantar las canciones puedo ver en la expresión facial de mi hijo que él las recuerda. Ver la sonrisa y el disfrute cuando realizan algunas de estas actividades no tiene precio.*

*Estoy feliz y agradecido por la ayuda en forma de actividades diarias, así que no necesito pensar en lo que tengo que hacer a continuación, porque el día de mi hijo ya está planeado.*

*Esto es para nuestros niños con necesidades especiales, pero toda la familia puede disfrutarlo y participar.”*

## Alojamiento Basado en la Comunidad

- Se continuó con la implementación de una vida comunitaria integral y segura adaptada al COVID-19 para residentes con discapacidad intelectual y personas con enfermedades mentales en dos alojamientos comunitarios. Fueron apoyados por cuidadores y se implementaron actividades del programa de rehabilitación psicosocial.

## Concientización y Educación Acerca del COVID-19

- Se realizó concientización y educación sobre el COVID-19 con ejemplos prácticos para facilitar medidas de protección básicas respaldadas por materiales fáciles de leer que se pusieron a disposición de aquellos usuarios del servicio con habilidades de alfabetización limitadas o nulas. Estos se han distribuido a nuestros socios del sector, así como a los usuarios del servicio. Ver el Apéndice 1: Distanciamiento físico: fácil de leer; Apéndice 2: Coronavirus de Sudáfrica: fácil de leer; Apéndice 3: ¿Qué es el coronavirus? Fácil de leer. También se diseñaron y distribuyeron infografías para proporcionar información sobre el virus. Consulte el Apéndice 4.
- Se enviaron mensajes motivacionales semanalmente durante el confinamiento a los beneficiarios del servicio y sus familias y al público en general a través de las redes sociales junto a mensajes diarios de aplicaciones de teléfonos celulares, por ejemplo, lo cual fue administrado por el equipo de comunicaciones y relaciones públicas



## Programas de Asistencia al Empleado

- Se brindó activamente un Programa de Asistencia al Empleado (PAE) para los miembros del personal que requerían apoyo y / o consejería en este momento, así como para los clientes corporativos que necesitaran apoyo y consejería (todas las sesiones se llevaron a cabo utilizando plataformas en línea).
- Se enviaron mensajes motivacionales semanalmente y actualizaciones relacionadas con el COVID-19 a través del equipo de la organización, y se hizo circular internamente un boletín informativo semanal de COVID-19 para actualizar y garantizar que todo el personal permaneciera informado y apoyado.

Este modelo ha tenido un gran éxito: se hicieron 190.850 contactos durante un período de 12 semanas con 2.417 beneficiarios directos en todos los programas desde el inicio del confinamiento en Sudáfrica. Consulte el Apéndice 5 - Estadísticas consolidadas de CMH - Intervenciones de salud mental COVID-19.

La preocupación con respecto a la salud mental de los trabajadores de salud de primera línea y otras personas que intervienen en el tratamiento de COVID-19 aumentó significativamente. Se observaron altas tasas de infección por COVID-19 entre los trabajadores de la salud, incluida la angustia mental,

la ansiedad, la depresión y la fatiga por COVID-19. La pandemia de Covid-19 que asola el país requirió una respuesta de salud mental hacia los trabajadores de la salud como personal esencial crítico. Como resultado, una Red de Apoyo a los Trabajadores de la Salud a nivel nacional, encabezada por la Sociedad de Psiquiatras de SA, la Asociación Médica de SA, la Sociedad de Psicología de SA, la Sociedad de Anestesiólogos de SA y el Grupo de Depresión y Ansiedad de SA abrió las 24 horas una línea de ayuda gratuita gestionada por 200 psicólogos voluntarios.

Las intervenciones de salud mental COVID-19 más evidentemente exitosas fueron aquellas en las que existían alianzas sólidas y colaboraciones multisectoriales para garantizar que se entregara una respuesta biopsicosocial y humanitaria holística efectiva en el paquete de atención.

## Conclusión

Sudáfrica continuó experimentando un aumento promedio diario de más de 8000 infecciones por COVID-19 durante julio, cuando alcanzó su punto máximo. Las tasas de infección por COVID-19 son poco promisorias con más de 538.000 personas infectadas, 387.000 recuperadas y 9.064 muertes (COVID-19 Statistics SA, 07 de agosto de 2020). Hasta este momento, Sudáfrica tenía la quinta tasa de infección más alta del mundo.

A diferencia de muchos países que se confinaron aún más durante el punto más alto de las infecciones, Sudáfrica relajó muchas de las medidas de confinamiento, lo cual dio como resultado una mayor exposición a la transmisión debido a sus factores de riesgo particularmente únicos. Se avizora que esta situación empeorará significativamente en las semanas siguientes a medida que se propaguen las infecciones por COVID-19.

A medida que aumentan las infecciones, también lo harán las consecuencias para la salud mental. Las consecuencias para la salud mental del COVID-19 permanecerán incluso después de que se haya encontrado una cura. El manejo y las intervenciones de salud mental serán de importancia crítica más allá de la pandemia de COVID-19, mientras que se requieren con urgencia planes de intervención de salud mental de COVID-19 para abordar estratégicamente una necesidad creciente.

Al regresar a las instalaciones después del confinamiento, se pueden presentar modelos y enfoques híbridos de intervención, ya que los servicios remotos de salud mental por el COVID-19 han demostrado un éxito significativo en los contactos con los beneficiarios durante esta crisis en Sudáfrica.

## REFERENCIAS

1. World Health Organisation. (2020). Coronavirus disease 2019 (COVID-19) Situation Report – 45. Geneva. Retrieved from [https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200305-sitrep-45-covid-19.pdf?sfvrsn=ed-2ba78b\\_4](https://www.who.int/docs/default-source/coronaviruse/situation-reports/20200305-sitrep-45-covid-19.pdf?sfvrsn=ed-2ba78b_4)
2. Bradshaw, D., Norman, R., & Schneider, M. (2007). A clarion call for action based on refined DALY estimates for South Africa. Editorial. South African Medical Journal, 97, 438–440.
3. Williams, D R, Herman, A, Stein, D J, Heeringa, S G, Jackson, P B, & Moomal, H. (2008). Prevalence, Service Use and Demographic Correlates of 12-Month Psychiatric Disorders in South Africa: The South African Stress and Health Study. Psychological Medicine, (2008) 211–220. Retrieved from <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2718686/>.
4. Lund, C., De Silva, M., Plagerson, S., Cooper, S., Chisholm, D., Das, J., Knapp, M., & Patel, V. (2011). Poverty and mental disorders; breaking the cycle in low-income and middle-income countries. The Lancet series global mental health, 1–3.
5. Funk, M., Drew, N., & Knapp, M. (2012). Mental health, poverty and development. Journal of Public Mental Health, 11 (4), 166–185. Retrieved from [http://eprints.lse.ac.uk/47609/1/Mental%20health%20poverty%20and%20development%20\(Isero\).pdf](http://eprints.lse.ac.uk/47609/1/Mental%20health%20poverty%20and%20development%20(Isero).pdf).
6. Seedat S. (2020). OPINION | Covid-19: May be prudent to over-estimate the mental health consequences of the virus. Retrieved from <https://www.health24.com/Medical/Infectious-diseases/Coronavirus/opinion-covid-19-may-be-prudent-to-over-estimate-the-mental-health-consequences-of-the-virus-20200526-2>

## RECURSOS ADICIONALES

- Facebook: <https://www.facebook.com/capementalhealth>
- Twitter: [https://twitter.com/CMH\\_NGO](https://twitter.com/CMH_NGO)
- LinkedIn: <https://www.linkedin.com/company/cape-mental-health>
- Instagram: <https://www.instagram.com/capementalhealth/>
- Youtube: <https://www.youtube.com/channel/UCfIINdS7CE9FBu42cSKkiMA>



## SALUD MENTAL EN TIEMPOS DE COVID-19



### SÉ CONSCIENTE

Ser consciente y cuidar de tu salud mental se ha convertido en una tarea crítica para lidiar con la pandemia. Es importante que sepas, que el miedo y la ansiedad pueden llevar a que experimentes emociones fuertes de desesperanza. Es necesario que prestes atención a estos factores de estrés para poder afrontar estos tiempos difíciles.

### IDENTIFICA:

Al cuidarte y ser responsable por tu y los que te rodean durante la pandemia por COVID-19 puede ser estresante. Es importante que identifiques los siguientes factores de estrés:

- Miedo y preocupación sobre tu salud y la salud de tus seres queridos.
- Cambios en patrones o rutinas de sueño o alimentación
- Dificultad para dormir o concentrarte
- Empeoramiento de problemas de salud crónicos y de condiciones de tu salud mental



### CUÍDATE

Hay muchas formas en las que puedes cuidar de tu salud mental. Enfócate en estas tres actividades para ayudarte a lidiar con el confinamiento:

- Mantén una rutina y actividades diarias en la medida de lo posible.
- Encuentra formas de ser productivo/a y utilizar bien el tiempo libre que tienes.
- Permíte darte un tiempo de reflexión para asegurarte que estás identificando los factores de riesgo y cómo afrontarlos.

### MANTENTE POSITIVO/A

Es importante que permanezcamos positivos y con esperanza durante estos tiempos difíciles.

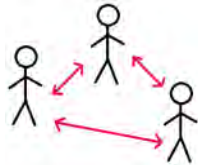
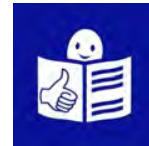
Ahora, más que nunca, es momento de trabajar juntos para luchar contra la propagación masiva de este virus.

Utiliza este tiempo para conectarte con tus seres queridos y estar pendiente de aquellas personas que son importantes para ti.





## Distanciamiento Físico



El distanciamiento físico significa que debes mantenerte alejado/a de las demás personas. Es importante mantenerse alejado/a de otras personas para asegurar que no te contagies o propagues el Coronavirus.

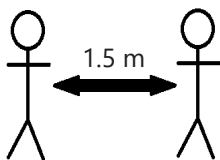
**Para mantenerte alejado/a de las personas, sigue las reglas a continuación.**



1. Quédate en casa lo más que puedas.  
Intenta no tocar o acercarte mucho a las personas con las que vives en casa  
Try not to touch or get very close to the people you live with.



2. Mantente alejado de personas que estén enfermas o que tengan síntomas de gripe.  
Mantén, al menos, 1.5 metros de distancia de ellos todo el tiempo.



3. Cuando vayas a las tiendas o clínica médica intenta mantener una distancia de 1.5 metros con las demás personas.  
No beses, abrases o saludes con la mano.



4. No te reúnas con amigos o familia cara a cara.  
Mantén contacto con ellos a través de llamadas telefónicas o enviándoles mensajes a través del teléfono

**Este documento ha sido revisado por:**

- |  |  |
|--|--|
| <ul style="list-style-type: none"> <li>• Lusanda Rhoxo</li> <li>• Jeremiah Kasper</li> </ul> | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Siphamandla Matiwane</li> </ul> |
|--|--|

© European Easy-to-Read Logo: Inclusion Europe. More information at [www.easy-to-read.eu](http://www.easy-to-read.eu)  
© Cape Mental Health 2020





## El Confinamiento de Emergencia en Sudáfrica



Un cierre de emergencia significa que debes quedarte en casa.

El presidente indicó que todos los sudafricanos deben quedarse en casa desde el 20 de marzo de 2020 hasta el 17 de abril del 2020.



Quedarse en casa ayudará a que la propagación de Coronavirus se detenga.

Nadie tiene permitido salir de su casa durante el cierre de emergencia, **a menos que tenga una buena razón para hacerlo.**

Por ejemplo,



1. Puedes salir a recoger tus medicinas.

Puedes ir al doctor **si es una emergencia.**



2. Puedes ir al banco y recoger tu subvención.



3. Puedes ir a hacer las compras, pero solo puedes comprar cosas esenciales.

Estas son cosas con que ni tú ni tus mascotas pueden vivir si no las tienen.



4. Puedes salir a ponerle gasolina a tu auto.



5. Tienes permitido salir para asistir a un funeral o fallecimiento de un ser querido, pero solamente 50 personas están autorizadas en el mismo lugar.



## El Confinamiento de Emergencia en Sudáfrica



Es permitido manejar autos y utilizar el transporte público para ir a los lugares que se han explicado anteriormente.



Sin embargo, hay reglas para esto,

- Solamente pueden estar 3 personas dentro de un vehículo.
- A los taxis y buses solamente pueden subirse la mitad de la cantidad de personas que se subirían normalmente



Solamente algunas personas tienen permitido **ir a trabajar** durante el cierre de emergencia porque estas personas brindan servicios que las personas necesitan para vivir



Durante el cierre de emergencia, no puedes salir de casa si no tienes una razón para hacerlo

Por ejemplo,



1. **No puedes** viajar por largas distancias o irte de Sudáfrica. Ve a tiendas, bancos y clínicas **cercanos** a tu casa.



2. **No puedes** ir a lugares para divertirte

- **No** puedes reunirte con amigos o familia.
- **No** puedes reunirte en la calle.
- **No** puedes pasear a tus mascotas o realizar ejercicio al aire libre.





## El Confinamiento de Emergencia en Sudáfrica



Durante el cierre de emergencia, puedes ser arrestado/a o multado/a por la policía si sales de tu casa cuando **no tienes una buena razón para hacerlo.**

Una multa significa que debes pagar dinero a la policía.

Es importante que verifiques si tienes una buena razón para salir, antes de salir de casa.

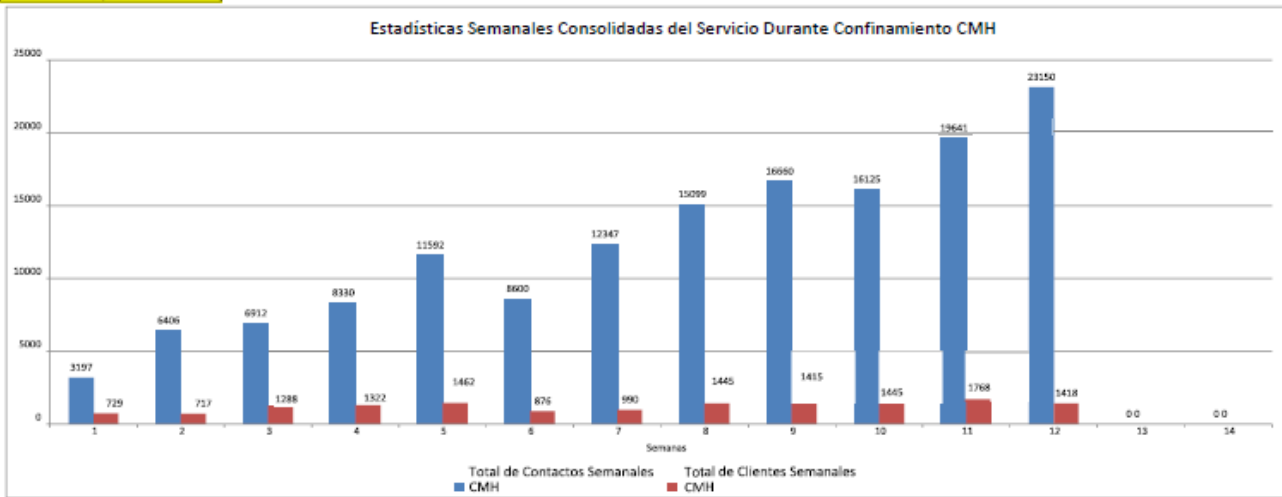
Si un policía te detiene cuando salgas de tu casa, dile al oficial a dónde te diriges y por qué.

Este documento fue revisado por:	
• Lusanda Rhoxo	• Siphamandla
• Jeremiah Kasper	Matiwane

© European Easy-to-Read Logo: Inclusion Europe. More information at [www.easy-to-read.eu](http://www.easy-to-read.eu)  
© Cape Mental Health 2020

Estadísticas Consolidadas de Salud Mental de Cape: Contactos y Clientes																		
Programas→			SWS		FH		Rainbow		SECC		TWU		Garden Cottage		Kimber House		Total Semanal CMH	
Semanas↓	Días		Contactos	Clientes	Contactos	Clientes	Contactos	Clientes	Contactos	Clientes	Contactos	Clientes	Contactos	Clientes	Contactos	Clientes	Contactos	Clientes
1	23-27 Marzo	4	0	0	471	189	210	134	1072	134	1514	387	96	8	44	11	3197	729
2	30 Marzo - 3 Abril	5	1843	0	862	196	391	127	1390	139	2153	363	110	8	48	11	6406	717
3	6-9 Abril	4	2422	590	845	111	308	127	1112	139	2388	429	103	8	42	11	6912	1288
4	14-17 Abril	4	3204	610	1324	115	418	119	1232	154	2379	424	99	8	92	11	8330	1322
5	20-24 Abril	5	5283	750	1277	115	459	126	1919	154	2919	424	77	8	117	11	11592	1462
6	27 Abril-1 Mayo	3	4755	183	741	194	464	128	897	154	2153	326	30	8	24	11	8600	876
7	4-8 Mayo	5	6518	175	1422	189	737	146	1208	154	3021	453	51	8	127	11	12347	990
8	11-15 Mayo	5	7808	481	1126	197	942	164	1906	154	4055	594	86	8	118	11	15099	1445
9	18-22 Mayo	5	7463	287	1212	217	998	173	2232	159	4542	580	59	8	154	11	16660	1415
10	25-29 Mayo	5	6039	239	1535	224	1300	173	2403	167	4608	623	58	8	182	11	16125	1445
11	1-5 Junio	5	6736	541	1511	241	1127	175	2515	177	7502	615	79	8	171	11	19641	1768
12	8-12 Junio	5	7189	208	1402	234	1442	174	3275	177	9622	608	63	8	157	11	23150	1418
13	15-19 Junio	4	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	22-26 Junio	5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Clientes atendidos/Contactos en Junio 2020			13925	749	2913	241	2569	175	5790	177	17124	615	142	8	328	11	42791	1978
TOTAL PARA EL PERIODO			73185	1182	16641	241	8796	175	26951	177	63980	623	1053	8	1276	11	190850	2417
Número total de usuarios del servicio				1483		241		198		184		823		8		11		2748
% usuarios de servicio atendidos en Junio 2020 a la fecha				51		100		68		96		99		100		100		72

Acumulado para Junio 2020





## ¿Qué es el Coronavirus (COVID-19)?



El Coronavirus es una enfermedad que comenzó en China. También se le llama COVID-19.



El Coronavirus se ha expandido desde China a muchos otros países del mundo.

Muchas personas en Sudáfrica se han contagiado del Coronavirus en las últimas semanas.



### Las personas que se contagian de Coronavirus usualmente tienen:



1. Fiebre

Fiebre significa que tu cuerpo está muy caliente por dentro.



2. Tos.



3. Dificultad para respirar normalmente

Por ejemplo, sientes que no puedes respirar bien.



4. Más cansancio de lo normal

5. Dolores musculares



## ¿Qué es el Coronavirus (COVID-19)?



Si sientes alguna de estas cosas en tu cuerpo o has estado cerca de alguna persona que tenga Coronavirus, es muy importante que llames a este número:

[021 928 4102](tel:0219284102)



La persona en el teléfono te ayudará para saber qué hacer.



Si no puedes llamar al número de arriba, es mejor que vayas a la clínica más cercana para recibir ayuda médica.



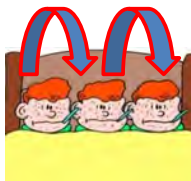
Ve a la clínica lo más rápido que puedas si tienes dificultades para respirar. Asegúrate de utilizar una mascarilla si vas a la clínica.



No entres en pánico.

Recuerda que, si sientes que tienes gripe, puede que no tengas Coronavirus.

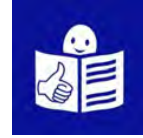
También puede ser una gripe normal.



Recuerda que la mayoría de personas no se enferman gravemente del Coronavirus, pero es importante saber si estás contagiado para no contagiar a otros.



## ¿Qué es el Coronavirus (COVID-19)?



**Sigue las reglas siguientes para no contagiarte del Coronavirus.**

1. Quédate en casa.
2. Lávate las manos **frecuentemente** con agua y jabón. **Cuenta hasta 20 lentamente** mientras lavas tus manos para asegurarte que estén suficientemente limpias.
3. Toca tu cara solamente hasta **después** de haberte lavado las manos.
4. Tose y estornuda en un pañuelo desechable. Deposítalo en la basura y **luego lávate las manos**.  
También puedes toser o estornudar en tu codo.
5. Intenta mantenerte alejado de las personas que estén enfermas. También aléjate de los demás si tú estás enfermo/a.
6. Limpia los objetos y superficies que tocas frecuentemente con químicos de limpieza que **eliminen los gérmenes**.  
Limpia cosas como superficies de mesas y manecillas de puertas varias veces al día



**Este documento fue revisado por:**

- |                   |               |
|-------------------|---------------|
| • Lusanda Rhoxo   | • Siphamandla |
| • Jeremiah Kasper | Matiwane      |

© European Easy-to-Read Logo: Inclusion Europe. More information at [www.easy-to-read.eu](http://www.easy-to-read.eu)

© Cape Mental Health 2020

## El COVID-19 y la Salud Mental de los Empleados: La Realidad Detrás de la Retórica

### INA ROTHMANN

*PhD, Profesor Asociado Extraordinario, WorkWell Research Unit, NWU and Director de Administración, Afriforte (Pty) Ltd*

### CHRISTOFFEL GROBLER

*MD Psych, Profesor Asociado, WSU and Medical Advisor to Mindful Revolution*

### CASSEY CHAMBERS

*Director de Operaciones, SADAG*

### LEON DE BEER

*PhD, Profesor de Psicología Industrial, Director de la Unidad de Investigación de WorkWell, NWU*

## Introducción

La vida con COVID-19 y las subsiguientes medidas de confinamiento han cambiado todo lo familiar sobre el estilo de vida del siglo 21, nuestro mundo interno se encuentra interrumpido y nuestras emociones confundidas.

La enfermedad de Coronavirus 2019 (COVID-19), una enfermedad infecciosa causada por síndrome respiratorio agudo severo del coronavirus 2 (SARS-CoV-2), fue identificada por primera vez en diciembre del 2019 en Wuhan, China. El 30 de enero de 2020 la OMS declaró el brote como una Emergencia de Salud Pública de preocupación internacional, y declarada como pandemia el 11 de marzo. El 5 de marzo de 2020, el ministro de Salud, Dr. Zweli Mkhize, confirmó que el virus se había propagado hasta Sudáfrica, siendo el primer paciente conocido, un ciudadano que había vuelto desde Italia.

El 13 de mayo de 2020, Antonio Guterres, Secretario General de las Naciones Unidas (ONU), instó a todos los gobiernos, sociedades civiles, autoridades sanitarias y otros actores (incluidos empleadores), a que abordasen la salud mental como parte esencial de sus respuestas a la pandemia de COVID-19. Las Naciones Unidas publicaron un informe de política sobre la necesidad de adoptar medidas en materia de salud mental en el que se afirmaba que “Aunque la crisis de COVID-19 es, en primer lugar, una crisis de salud física, también tiene el germen de una importante crisis de salud mental si no se adoptan medidas”. Las Naciones Unidas predicen un aumento a largo plazo del número y la gravedad de los problemas de salud mental en todo el mundo, debido a las repercusiones de la pandemia de COVID-19 en las personas. Asimismo, la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y la Institución de Seguridad y Sa-



lud Ocupacional (IOSH) consideran que la promoción de la salud mental durante el proceso de regreso al trabajo es una parte esencial de la respuesta de la SST a la pandemia COVID-19. Según los expertos en salud de las Naciones Unidas, se avecina una crisis de enfermedades mentales, ya que millones de personas en todo el mundo están rodeadas de muerte y enfermedad y se ven forzadas al aislamiento, la pobreza y la ansiedad por la pandemia de COVID-19.

A principios de junio de 2020, se han notificado más de 6 millones de casos de COVID-19 en más de 188 países, que han provocado más de 380 000 muertes. En Sudáfrica, al 23 de junio se habían identificado más de 100 000 casos positivos, se habían recuperado 53 444 personas y habían muerto 1991 personas.

## El impacto psicológico de COVID-19

En términos de salud mental pública, el principal impacto psicológico es el aumento de los niveles y las tasas de estrés o ansiedad. A medida que se introdujeron medidas de distanciamiento social para aplanar la curva y contener la propagación del virus, las actividades, rutinas o medios de vida habituales de muchas personas se vieron considerablemente afectados, lo que provocó un aumento de los niveles de soledad, depresión, consumo de sustancias nocivas y comportamiento suicida. Desde el principio, hubo una preocupación especial por el impacto que la pandemia tendrá en la salud mental de los trabajadores de atención de salud de primera línea en particular.

“El impacto de la pandemia en la salud mental de las personas ya es extremadamente preocupante”, según el Dr. Tedros Ghebreyesus, Director General de la Organización Mundial de la Salud. “El aislamiento social, el miedo al contagio y la pérdida de miembros de la familia se agrava por la angustia que causa la pérdida de ingresos y, a menudo, de empleo”. El Dr. Dévora Kestel, Director del Departamento de Salud Mental y Uso de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud, recomienda la ampliación y reorganización de los servicios de salud mental a escala mundial para construir un sistema de salud mental adecuado para el futuro. Ella sugiere que se elaboren y financien planes nacionales que trasladen la atención de las instituciones a los servicios comunitarios, que garanticen la cobertura de las condiciones de salud mental en los paquetes de seguro médico y que se cree la capacidad de recursos humanos para prestar una atención social y de salud mental de calidad en la comunidad.

La profesora Soraya Seedat, Jefa del Departamento de Psiquiatría de la Facultad de Medicina de la Universidad de Stellenbosch, sugiere que “puede ser prudente sobreestimar las secuelas de la salud mental y los recursos que se necesitarán” en un artículo de News24 del 27 de mayo de 2020. Ella citó una investigación que sugería que, treinta meses después del brote de SARS en 2003, un tercio de los supervivientes cumplía los criterios de cualquier trastorno psiquiátrico; un cuarto cumplía los criterios del trastorno de estrés postraumático (TEPT); y aproximadamente el 16% tenía trastornos depresivos.

Los autores Horesh y Brown sostienen que, al igual que otros acontecimientos traumáticos masivos, se espera que la pandemia de Covid-19 dé lugar a un trastorno de estrés postraumático, con características típicas de hipervigilancia (centrada en medidas de protección para evitar la infección), pensamientos intrusivos (relacionados con la infección, la salud, el miedo a morir), evasión, y un estado de ánimo y cognición negativos (en torno a los temores de que el mundo cambie y el futuro sea sombrío) que serán subjetivamente angustiosos y que repercutirán persistentemente en el funcionamiento cotidiano a lo largo del tiempo. Comparan acertadamente el COVID-19 con una “prueba de esfuerzo cardíaco” en curso en las infraestructuras y sistemas del mundo, magnificando su funcionamiento y vulnerabilidad estructural, incluida la del campo de la tensión traumática.

El Grupo Sudafricano de Depresión y Ansiedad (SADAG, 2020) informó que las llamadas a su línea de ayuda se duplicaron desde el comienzo del cierre el 27 de marzo. En una encuesta en línea realizada en abril de 2020, encontraron que el 59% de los encuestados declararon que se sentían “estresados/muy estresados” antes del encierro, cifra que aumentó al 65% durante el encierro. La encuesta encontró que los principales desafíos durante el encierro son:

- 55% - Ansiedad y depresión
- 46% - Estrés y presión financiera
- 40% - Depresión
- 30% - Malas relaciones familiares
- 12% - Sentimientos suicidas

## Salud Mental en el Contexto de la Crisis de COVID-19

Además de los problemas de salud mental previstos, como se ha descrito anteriormente, y de los informes de trastornos psicológicos desde el inicio de la pandemia COVID-19, el concepto de trastorno de estrés pretraumático, aunque no se considere todavía la psiquiatría convencional, merece al menos cierta atención en este momento.

En 2013, la psiquiatra y activista del cambio climático estadounidense, la Dra. Lise Van Susteren, acuñó el término “trastorno de estrés pretraumático” 2013, (aunque el honor debe ir apropiadamente al sitio web de sátira The Onion, que en 2006 presentó un artículo sobre una afección con el mismo nombre) para describir las reacciones de estrés relacionadas con acontecimientos posibles más que pasados. Según Van Susteren, las dos condiciones son fenomenológicamente similares, pero en el trastorno de estrés pretraumático “tenemos en nuestra mente imágenes del futuro que reflejan lo que los científicos nos están diciendo”.

El estudio más prominente hasta ahora del trastorno de estrés pre-traumático fue realizado en 2014 por Dorth Berntsen y David C Rubin. Ellos definieron la condición como “una perturbación de la cognición

orientada al futuro e imágenes, medida en términos de una inversión temporal directa de las conceptualizaciones de la cognición dirigida al pasado en el diagnóstico del TEPT”. Al examinar un grupo de soldados daneses antes, durante y después de su despliegue en el Afganistán, Bernsten y Rubin comprobaron que las respuestas pretraumáticas -imágenes y pensamientos intrusivos involuntarios, altos niveles de excitación e intentos de evasión- se experimentaban al mismo nivel que las respuestas postraumáticas. Su segundo hallazgo fue que las reacciones de estrés pretraumático son un fuerte predictor del desarrollo de síntomas postraumáticos.

Para medir las respuestas pre-traumáticas de los soldados, Bernsten y Rubin crearon la ‘lista de verificación de reacciones al estrés pre-traumático (PreCL en su sigla en inglés)’, adaptando los primeros ocho puntos de la lista de verificación del TEPT contenida en el DSM-IV - el entonces actual Manual de Diagnóstico y Estadístico de Desórdenes Mentales, publicado por la Asociación Americana de Psiquiatría - dejando los nueve artículos restantes sin cambios.

Al reconceptualizar la temporalidad del trauma, Bernsten y Rubin no están tanto sentando las bases de una nueva patología (el trastorno de estrés anticipado o pretraumático no se encuentra en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) como están tratando de ampliar nuestra comprensión actual del TEPT.

“La investigación futura”, escriben, “debería examinar si [Lista de comprobación de reacciones de estrés pretraumático] también puede ser utilizada como un instrumento de detección en relación con eventos traumáticos no militares, así como otros eventos subjetivamente estresantes, como exámenes, procedimientos médicos o partos”.

***Aunque todo el mundo está experimentando crisis en algún nivel, se puede argumentar, la gente no la está experimentando de la misma manera.*** Además, algunos grupos son más vulnerables a desarrollar problemas de salud mental durante la pandemia de COVID-19, por ejemplo, aquellos con enfermedades mentales existentes, de menor nivel socioeconómico, y los individuos que experimentaron traumas previos (Burgess et al, 2019; Gray et al, 2003; Martin-Soelch & Schnyder, 2019)

Entra en el concepto de Trastorno por Estrés Pretraumático (TEPRE en su sigla en inglés) que los autores postulan que puede contribuir al discurso sobre el impacto psicológico de la pandemia COVID-19; un síndrome que implica imágenes involuntarias e intrusivas, y flash-forwards de eventos inquietantes que podrían experimentarse debido a una interrupción importante (Berntsen & Rubin, 2015; Bomyea, Risbrough, & Lang, 2012)

El resultado del TEPRE, como se ha descrito anteriormente, es el miedo al futuro y la pérdida de control (sentimientos de constante incertidumbre e inseguridad). Si estos factores no se abordan de forma proactiva, el bienestar mental de las personas se ve afectado, lo que posiblemente predispone al individuo al desarrollo de la ansiedad, la depresión o el TEPT (Wild et al., 2016).

- Pensamientos acelerados y preocupación constante
- Sentimientos constantes de incertidumbre e inseguridad
- Pérdida de objetividad y anticipación temerosa
- El poco temperamento, irritabilidad, impaciencia y cambios de humor
- Indecisión
- Incapacidad para focalizar y concentrarse
- Olvido y despiste (modo automático, sin pensar).
- Mal juicio y toma de decisiones arriesgadas

Las preocupaciones características relacionadas con COVID-19 que podrían predisponer al estrés pretraumático son (Naciones Unidas, 2020; OIT, 2020; IOL. 2020(b)):

- **Preocupaciones relacionadas con el trabajo:**
  - Despidos, recortes salariales, futuras posibilidades de empleo, viajes y desplazamientos, interacción social en el trabajo.
- **Preocupaciones personales**
  - Capacidad de mantener a la familia, salud y bienestar familiar, salud y bienestar personal, cuidado de los niños y escolarización, e interacción social con la familia y los amigos.
- **Preocupaciones relacionadas al país:**
  - La seguridad alimentaria, la economía del país y su capacidad para recuperarse de la perturbación.

*Sin embargo, en el comportamiento humano, la presencia de lo negativo, es decir, los síntomas de estrés pretraumático, no significa la ausencia de lo positivo, es decir, las experiencias de esperanza (Demerouti, Mostert y Bakker, 2010). La esperanza y el sentido de “tomar medidas” combinados con un excelente apoyo social, tanto en el trabajo como en la vida, son factores atenuantes de las experiencias de estrés. Estos factores positivos deben promoverse para amortiguar el impacto de las experiencias de estrés pretraumático en el funcionamiento individual.*

## Trasfondo de la Investigación

### Instrumento de Evaluación

Afriforte (la rama comercial de la Unidad de Investigación sobre el Bienestar Laboral, Facultad de Ciencias Económicas y de Gestión, NWU, Potchefstroom), desarrolló un instrumento para evaluar objetivamente las experiencias de los empleados en relación con COVID-19: *MyCovid19Experiences*®. El instru-

mento se elaboró a raíz de un proyecto de investigación de validación realizado durante abril de 2020 ([www.lifewithcovid19.co.za/dashboard](http://www.lifewithcovid19.co.za/dashboard)). El instrumento *MyCovid19Experiences* mide las siguientes dimensiones:

- Niveles de esperanza
- Niveles de preocupación
- Una autoevaluación de las preocupaciones específicas de Covid-19:
  - Pérdida de empleo, Recortes salariales, Capacidad de mantener a la familia, Salud y bienestar de la familia, Salud y bienestar propios, Economía del país, Seguridad alimentaria, Viajes y desplazamientos, Futuras finanzas personales, Futuras interacciones sociales, Futuro empleo, y Cuidado de los niños y escolarización
- La *incidencia* basada en normas de los síntomas psicológicos relacionados con el estrés (riesgo TEPRE) y los síntomas físicos de mala salud relacionados con el estrés.

## Confiabilidad y Validez de la Medición de Estrés

Las mediciones de salud psicológica (Pre-TSD) y física relacionadas con el estrés consisten en ocho y siete ítems, respectivamente. En cuanto a la fiabilidad de los constructos, el análisis estadístico indicó coeficientes de fiabilidad alfa y omega mucho más altos para ambos constructos en términos de la pauta aceptable en las ciencias sociales de  $\alpha$  y  $\omega > 0,70$  (Sijtsma, 2009). En cuanto a la validez, se llevó a cabo un análisis factorial de confirmación para modelar los factores. Las cargas factoriales para las variables latentes de ambos constructos fueron aceptables en términos de puntos de corte estadísticos, es decir, cargas  $> 0,50$ ; pequeños errores estándar para todas las cargas que indican la exactitud de la estimación, y también comunalidades aceptables en términos de la varianza explicada (Kline, 2011). Por lo tanto, las propiedades de medición de los síntomas de mala salud relacionados con el estrés son aceptables según las normas más estrictas de la modelización estadística actual.

## Muestra

Se seleccionó una muestra de 1656 empleados sudafricanos que completaron la evaluación de *Mycovid19experiences* entre el 15 de mayo y el 15 de junio de 2020 de la base de datos de Afriforte (Sudáfrica en Confinamiento 4 y 3). Aunque se trata de una muestra no probabilística conveniente, proporcionaría una buena indicación de las experiencias de los empleados sudafricanos durante el período de 30 días. Las características de la muestra se muestran en el Tabla 3.

Tabla 3: *Características de la muestra*

	#	% de la muestra
<b>Género</b>		
Masculino	835	50.4%
Femenino	821	49.6%
<b>Grupo Etario</b>		
20-29 (Iniciando Carrera)	245	14.8%
30-39 (Constructor de carrera)	549	33.1%
40-49 (Carrera media)	472	28.5%
50-59 (Carrera madura)	306	18.5%
> 59 (Pre-retiro)	84	5.1%
<b>Hijos/as</b>		
Sí	1297	78.3%
No	359	21.7%
<b>Estado Civil</b>		
Divorciado/a	91	5.5%
Comprometido/a	77	4.6%
En una relación: Estar con alguien informalmente	68	4.1%
Conviviendo	79	4.8%
Casado/a	962	58.1%
Otra	13	0.8%
Soltero/a	336	20.3%
Enviudado/a	30	1.8%
<b>*Tipo de trabajador</b>		
Sin Datos	1243	75%
Trabajo presencial	37	2.2%
Trabajo remoto	376	22.7%

\* Este desglose sólo estaba disponible para su selección por los participantes desde el 5 de junio de 2020. Los resultados de la muestra “temprana” de trabajadores remotos se discuten en el artículo.

## Resultados

### Preocupaciones sobre el futuro

Se solicitó a los participantes que calificaran cuánto más les preocupa el futuro desde el brote de la pandemia COVID-19. Los resultados se presentan en el Tabla 4.

Tabla 4: Preocupaciones sobre el futuro

	Para nada preocupado	Un poco preocupado	Bastante preocupado	Muy Preocupado	Extremadamente preocupado cerned
<b>Muestra general (n=1656)</b>	2%	17%	32%	30%	19%
<b>Género</b>					
Masculino (n=835)	2%	17%	32%	30%	19%
Femenino (n=821)	2%	17%	32%	30%	19%
<b>Grupo etario</b>					
20-29 (n=245)	2%	15%	25%	37%	21%
30-39 (n=549)	2%	18%	31%	30%	20%
40-49 (n=472)	1%	19%	34%	27%	18%
50-59 (n=306)	3%	16%	34%	30%	17%
> 59 (n=84)	4%	18%	40%	24%	14%
<b>Niños</b>					
Yes (n=1297)	2%	16%	32%	31%	20%
No (n=359)	3%	21%	34%	27%	15%
<b>Tipo de trabajador</b>					
Trabajador remoto (n=376)	3%	22%	32%	27%	16%

De la muestra total, el 49% de los empleados indicaron altos niveles de preocupación, mientras que sólo el 2% informó de que no se preocupaba por el futuro tras el brote de COVID-19. No hay diferencia entre hombres y mujeres, sin embargo, los niveles de preocupación parecen ser más altos para los grupos de edad más jóvenes (entre 20 y 39 años) y los empleados con hijos.

## Esperanza sobre el futuro

Se solicitó a los participantes que calificaran qué tan esperanzados se sienten con respecto al futuro dada nuestra situación actual. Los resultados se presentan en la Tabla 5.

Tabla 5: Esperanza sobre el futuro

	Extremadamente esperanzado	Muy esperanzado	Bastante esperanzado	Un poco esperanzado	Nada esperanzado
<b>Muestra Global (n=1656)</b>	11%	31%	35%	19%	4%
<b>Género</b>					

Masculino (n=835)	13%	33%	32%	18%	4%
Femenino (n=821)	9%	30%	38%	19%	4%
<b>Grupos de edad</b>					
20-29 (n=245)	11%	37%	29%	19%	4%
30-39 (n=549)	11%	31%	34%	21%	3%
40-49 (n=472)	11%	31%	38%	17%	3%
50-59 (n=306)	11%	31%	33%	19%	6%
> 59 (n=84)	7%	31%	36%	18%	8%
<b>Niños</b>					
Sí (n=1297)	11%	31%	35%	18%	4%
No (n=359)	10%	33%	34%	20%	3%
<b>Tipo de trabajador</b>					
Trabajadores remotos (n=376)	10%	34%	40%	14%	2%

De la muestra total, solo el 4% de los empleados indicaron desesperación por el futuro (nada esperando); El 77% de la muestra experimenta niveles de esperanza decentes. Este es un resultado particularmente positivo, ya que indica que, aunque los niveles de preocupación son evidentes, la presencia del positivo (ESPERANZA) también es evidente para una gran proporción de la muestra de empleados sudafricanos. La esperanza general es algo menor para los grupos de mayor edad (50 años o más) y una gran parte de este grupo experimenta desesperación. Además, los trabajadores remotos parecen tener más esperanza.

## Calificación de las preocupaciones

Se solicitó a los participantes que calificaran preocupaciones específicas sobre varios aspectos de sus vidas, dada la situación de Covid-19. La Figura 1 muestra las calificaciones de inquietudes clasificadas.



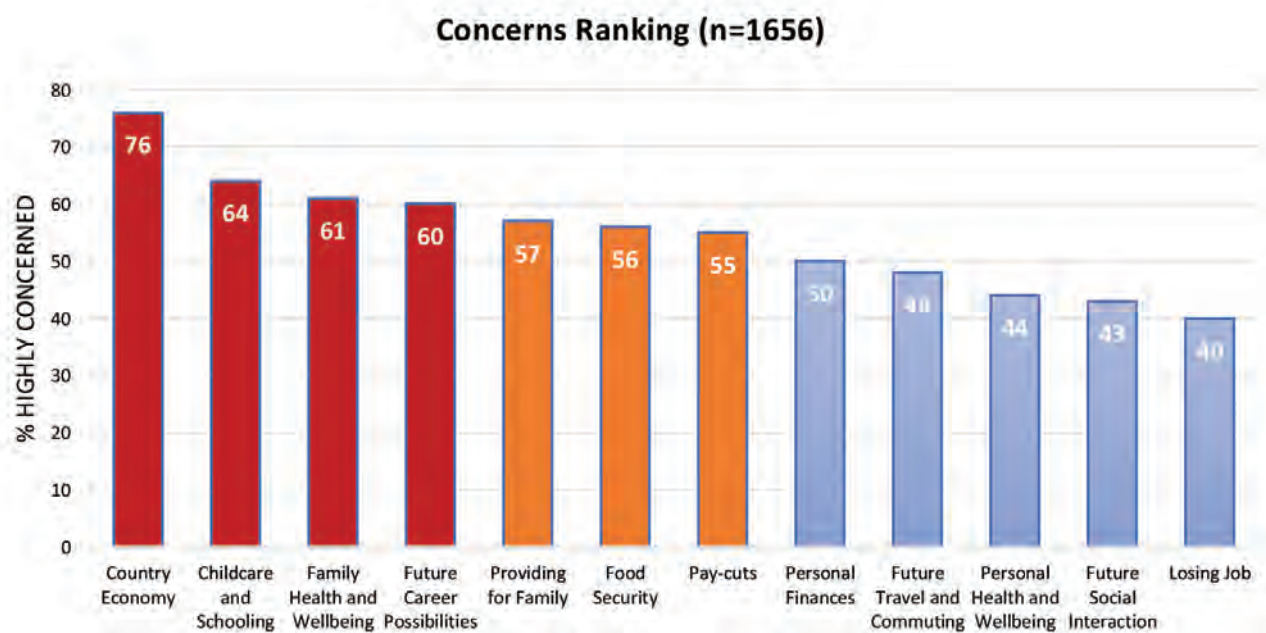


Figura 1: Clasificación de preocupaciones para una muestra de empleados sudafricanos

Las principales preocupaciones de la muestra de empleados sudafricanos son la economía del país, el cuidado infantil y la escolarización, la salud y el bienestar de la familia y las posibilidades profesionales futuras. Proveer para mi familia, seguridad alimentaria y recortes salariales también se clasifican como áreas de preocupación para más del 50% de la muestra de empleados. Es interesante notar que solo el 40% de la muestra calificó la pérdida de sus trabajos como una gran preocupación. Las tres preocupaciones principales por desglose biográfico se proporcionan en la Tabla 6.

Tabla 6: Tres preocupaciones principales por desglose biográfico

	Preocupación principal	2ª Preocupación	3ª Preocupación
Muestra Global (n=1656)	Economía del País	Cuidado Infantil y Escolarización	Salud y Bienestar de la Familia Posibilidades Futuras de Carrera
<b>Género</b>			
Male (n=835)	Economía del País	Cuidado Infantil y Escolarización	Posibilidades Futuras de Carrera
Female (n=821)	Economía del País	Cuidado Infantil y Escolarización	Salud y Bienestar de la Familia
<b>Grupos de Edad</b>			
20-29 (n=245)	Economía del País	Salud y Bienestar de la Familia	Posibilidades Futuras de Carrera
30-39 (n=549)	Economía del País	Cuidado Infantil y Escolarización	Salud y Bienestar de la Familia
40-49 (n=472)	Economía del País	Cuidado Infantil y Escolarización	Posibilidades Futuras de Carrera

50-59 (n=306)	Economía del País	Seguridad Alimentaria	Posibilidades Futuras de Carrera
> 59 (n=84)	Economía del País	Finanzas Personales	Provisión para la Familia
<b>Niños</b>			
Sí (n=1297)	Economía del País	Cuidado Infantil y Escolarización	Provisión para la Familia
No (n=359)	Economía del País	Salud y Bienestar de la Familia	Posibilidades Futuras de Carrera
<b>Tipo de Trabajador</b>			
Remoto (n=376)	Economía del País	Cuidado Infantil y Escolarización	Salud y Bienestar de la Familia

La *Economía del País* es la principal preocupación de todos los grupos biográficos. Sin embargo, para el grupo de empleados antes de la jubilación (> 59), las *Finanzas Personales* y la *Provisión para la Familia* son las preocupaciones más dominantes, esto podría estar relacionado con el temor de que las disposiciones para la jubilación sean inadecuadas debido al impacto de la interrupción del Covid-19 en la economía.

## Resultados del Estrés

### Riesgos de Trastorno por Estrés Pre-Traumático (Angustia Psicológica)

Esta sección muestra la incidencia basada en la norma de los riesgos de Trastorno por Estrés Pre-Traumático, es decir, en comparación con la norma para la angustia psicológica, un individuo tiene un riesgo alto, moderado o bajo de experimentar síntomas de Trastorno por Estrés Pre-Traumático. Los resultados de los participantes se agregan a un nivel de grupo para indicar la incidencia grupal de riesgos de Trastorno por Estrés Pre-Traumático. Los síntomas típicos de Trastorno por Estrés Pre-Traumático incluyen, entre otros, pensamientos perturbadores frecuentes, sentimientos constantes de incertidumbre, cambios de humor, irritabilidad, etc. La Tabla 7 muestra la incidencia de Trastorno por Estrés Pre-Traumático por grupo biográfico.

Tabla 7: *Trastorno por Estrés Pre-Traumático por grupo biográfico*

Incidencias basadas en la norma	Riesgo Alto de Trastorno por Estrés Pre-Traumático	Riesgo Moderado de Trastorno por Estrés Pre-Traumático	Riesgo Bajo de Trastorno por Estrés Pre-Traumático
Muestra Global (n=1656)	46%	28%	26%
<b>Género</b>			
Masculino (n=835)	40%	27%	34%
Femenino (n=821)	52%	29%	19%

Grupos de Edad			
20-29 (n=245)	42%	26%	32%
30-39 (n=549)	46%	31%	22%
40-49 (n=472)	45%	27%	28%
50-59 (n=306)	46%	25%	29%
> 59 (n=84)	49%	33%	18%
Niños			
Sí (n=1297)	46%	28%	26%
No (n=359)	45%	30%	25%
Tipo de Trabajador			
Trabajadores Remotos (n=376)	53%	25%	22%

De la muestra total de empleados sudafricanos, el **46%** tiene un riesgo alto de Trastorno por Estrés Pre-Traumático y síntomas asociados; sólo el 26% tiene un riesgo bajo. Las mujeres (52%), los trabajadores remotos (53%) y el grupo de prejubilación (49%) tienen un mayor riesgo. Un análisis más detallado indicó que los empleados viudos (n = 30) y divorciados (n = 91) también tienen un mayor riesgo de sufrir PTSD. Los altos niveles de angustia psicológica pueden resultar en conductas de riesgo y el desarrollo de síndromes de ansiedad y trastornos depresivos a largo plazo. Las experiencias previas al Trastorno por Estrés Traumático tienen un impacto negativo en el funcionamiento de los empleados en el trabajo, es decir, menor productividad, aumento de errores y errores, peor servicio al cliente y mayores riesgos de accidentes y lesiones en el trabajo.

## Angustia Física Relacionada con el Estrés

Las experiencias de angustia psicológica crónica dan como resultado que las personas experimenten síntomas de mala salud física relacionados con el estrés, como dolores de cabeza frecuentes, náuseas, acidez de estómago, problemas de alimentación, palpitaciones, problemas para dormir y dolores y molestias musculares. La angustia psicológica y física crónica puede provocar cambios en la presión arterial, la glucosa en sangre y los niveles de colesterol, y alterar las respuestas inmunitarias, por mencionar algunos. Esta sección muestra la incidencia de síntomas de mala salud física relacionados con el estrés en términos de categorías de percentiles de la norma, es decir, en comparación con la norma que una persona tiene alto riesgo, riesgo moderado o bajo riesgo de experimentar síntomas de mala salud física relacionados con el estrés. La Tabla 8 muestra la incidencia de malestar físico relacionado con el estrés por grupo biográfico.

Tabla 8: *Angustia física relacionada con el estrés por grupo biográfico*

Incidencias basadas en la Norma	Síntomas Físicos relacionados con el Estrés Elevado	Síntomas Físicos relacionados con el Estrés Moderado	Síntomas Físicos relacionados con el Estrés Bajo
Muestra Global (n=1656)	35%	30%	35%
<b>Género</b>			
Masculino (n=835)	24%	30%	46%
Femenino (n=821)	47%	30%	23%
<b>Grupos de Edad</b>			
20-29 (n=245)	28%	33%	39%
30-39 (n=549)	35%	30%	35%
40-49 (n=472)	38%	31%	32%
50-59 (n=306)	38%	26%	36%
> 59 (n=84)	36%	29%	25%
<b>Niños</b>			
Sí (n=1297)	36%	29%	34%
No (n=359)	32%	33%	35%
<b>Tipo de Trabajador</b>			
Trabajadores Remotos (n=376)	49%	30%	21%

De la muestra total de empleados sudafricanos, el **35%** experimenta una alta incidencia de síntomas de mala salud física relacionados con el estrés. Las mujeres (47%), los trabajadores remotos (49%) y los empleados de carrera media y madura muestran un mayor riesgo de experimentar síntomas físicos relacionados con el estrés. El último resultado es una preocupación en términos del impacto general en la salud física de la interrupción de Covid-19 en este grupo de empleados mayores que podrían ser más vulnerables a desarrollar riesgos de síndrome metabólico en el futuro.

## Esperanza versus Estrés Psicológico

Desde una perspectiva teórica, la Esperanza (la presencia de lo positivo) es un factor atenuante para el desarrollo de Trastorno por Estrés Pre-Traumático. La Figura 2 muestra la relación entre Esperanza y la experiencia de Angustia Psicológica (Trastorno por Estrés Pre-Traumático) para la muestra de empleados sudafricanos.

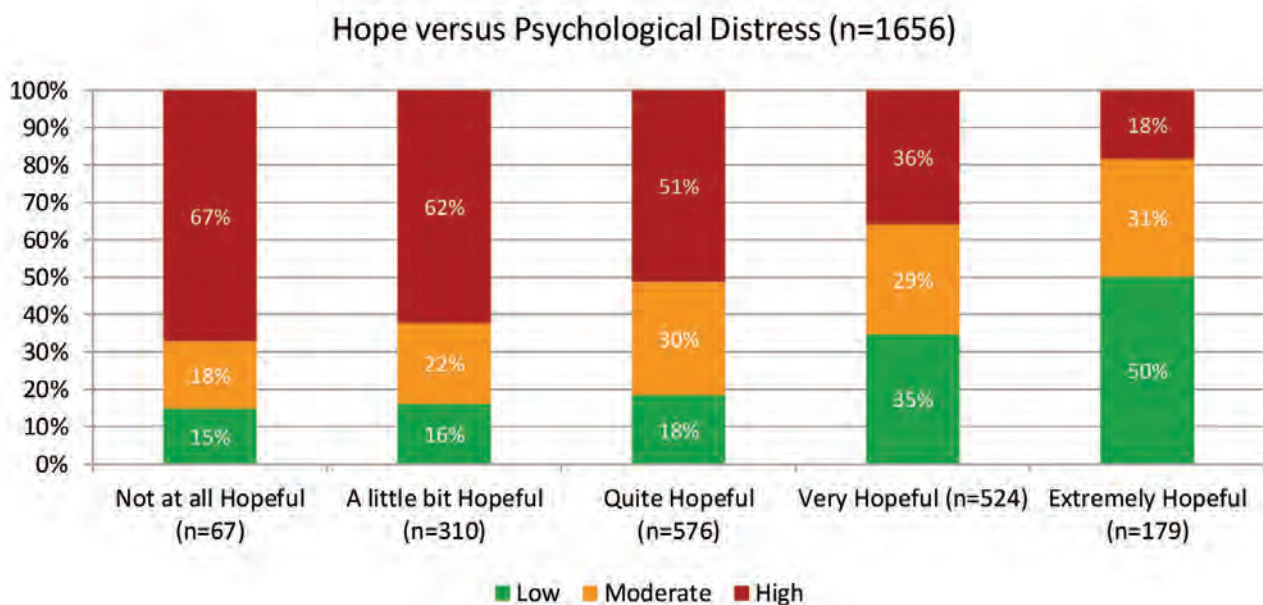


Figura 2: *Esperanza versus Angustia Psicológica*

Los resultados de una muestra de empleados sudafricanos confirman el efecto atenuante de la Esperanza en el desarrollo de Trastorno por Estrés Pre-Traumático. A medida que aumentan los niveles de Esperanza, la experiencia de los síntomas Trastorno por Estrés Pre-Traumático disminuye para la muestra de empleados sudafricanos. Promover la Esperanza de forma proactiva tendría un impacto positivo en el funcionamiento de los empleados. Este es un resultado importante que los empleadores deben tener en cuenta.

## Resumen de los Resultados

- Los altos niveles de preocupación sobre el futuro son evidentes para el **49%** de los empleados luego del brote de COVID-19. Los niveles de preocupación son más altos para quienes inician y desarrollan su carrera (grupo de edad de 20 a 39 años) y los empleados con niños. No existe una diferencia significativa entre empleados hombres y mujeres.
- La mayoría de los empleados están esperanzados; niveles decentes de esperanza son evidentes para el **77%** de los empleados a pesar de las preocupaciones sobre el futuro. Es evidente una esperanza general levemente menor para los grupos de mayor edad (50 años o más) y una gran parte de este grupo experimenta desesperación. Los trabajadores remotos parecen tener más esperanzas.
- Las principales preocupaciones de la muestra de empleados sudafricanos son la *Economía del País*, el *Cuidado de los niños y la Educación*, la *Salud y el Bienestar de la Familia* y las *Posibilidades Futuras*

de Carrera. La *Provisión para la Familia, la Seguridad Alimentaria y los Recortes Salariales* también se clasifican como áreas de preocupación para más del 50% de la muestra de empleados. Solo el 40% de la muestra calificó la Pérdida de su Trabajo como una gran preocupación.

- El **46%** de los empleados tienen un alto riesgo de Trastorno por Estrés Pre-Traumático y síntomas asociados. Las mujeres, los trabajadores remotos, el grupo de edad antes de la jubilación y los empleados viudos y divorciados tienen un mayor riesgo de Trastorno por Estrés Pre-Traumático en la muestra. Comportamientos de riesgo, síndromes de ansiedad, y trastornos depresivos son riesgos futuros para el 46% de los empleados.
- El **35%** de los empleados están experimentando una alta incidencia de síntomas de mala salud física relacionados con el estrés. Las mujeres, los trabajadores remotos y los empleados en la mitad y la madurez de su carrera muestran mayores riesgos de experimentar síntomas físicos relacionados con el estrés. El impacto general en la salud física de la interrupción de Covid-19 en este grupo de empleados de mayor edad es una preocupación; podría contribuir a los riesgos del síndrome metabólico en el futuro. Los resultados de la muestra de empleados sudafricanos respaldan el efecto mitigador de la Esperanza en el desarrollo del Trastorno por Estrés Pre-Traumático. A medida que aumentan los niveles de Esperanza, disminuye la experiencia de los síntomas de Trastorno por Estrés Pre-Traumático. Promover la esperanza podría tener un impacto positivo en el funcionamiento de los empleados. Este es un resultado importante que los empleadores deben tener en cuenta.

## Recomendaciones

Los proveedores de servicios de salud mental, la industria de seguros médicos y los empleadores deben tomar nota de estos resultados.

Los *proveedores de servicios de salud mental* pueden esperar un aumento en el volumen de pacientes. Una evaluación objetiva de las experiencias de un individuo con un instrumento confiable como *Mycovid19experiences®* podría ayudar a los proveedores de servicios a determinar el nivel de deterioro de la salud mental para propósitos de intervención personalizados, por ejemplo, un individuo con altos niveles de preocupación, bajos niveles de esperanza y altos niveles de síntomas por Trastorno por Estrés Pre-Traumático y síntomas físicos relacionados con el estrés requieren asistencia urgente y una evaluación de salud mental, incluida la evaluación de los comportamientos de riesgo a nivel personal, como la ideación suicida, el abuso de sustancias y otros posibles riesgos disfuncionales.

La *industria de los seguros médicos* debería prepararse para un aumento en los gastos de salud mental durante los próximos dos años. Las aseguradoras médicas podrían considerar hacer uso de instrumentos de riesgo de salud mental relacionados con COVID-19, por ejemplo, el instrumento de diagnóstico *Mycovid19experiences®*, como un beneficio asegurado para los miembros como parte de sus estrategias de gestión de riesgos y enfermedades.

Para abordar de manera proactiva los riesgos de salud mental de los empleados debido a preocupaciones relacionadas con COVID-19, se requiere la colaboración entre las aseguradoras médicas y los grupos de empleadores corporativos.

## Conclusión

Los empleadores están mejor posicionados para mitigar de manera proactiva el impacto en la salud mental de la interrupción del COVID-19 en una gran cantidad de ciudadanos. La promoción de la salud mental debe ser parte de la estrategia de recuperación empresarial de COVID-19. La interrupción de COVID-19 aumentó significativamente los niveles de estrés de los empleados y, además, nuestros ambientes de trabajo (y vida) han cambiado drásticamente. Adicionalmente, los empleados necesitan adaptarse a estos cambios, agregando a los incrementos de experiencias de estrés.

Además, es bien sabido que los altos niveles de estrés afectan el funcionamiento de los empleados en el trabajo y contribuyen a una menor productividad y mayores riesgos de errores y accidentes en el lugar de trabajo. Los empleadores deben asegurarse de mantenerse conectados con el personal mediante la evaluación de las experiencias de estrés y la salud mental de su personal de manera objetiva (comprender dónde está el personal) y facilitar una “sesión de contacto” objetiva con los equipos. El propósito de una sesión de base de contacto sería normalizar los miedos (todos estamos en el mismo barco), promover la esperanza, crear una sensación de control al mostrar cómo estar en el trabajo, trabajar de manera segura y mantenerse saludable mitiga los temores y preocupaciones de COVID-19.

El apoyo social en el trabajo (apoyo de equipo) también deberá ser promovido.

Los empleadores tienen a su disposición una “Plataforma de Trabajador COVID-19 de Base de Contacto” adecuada para su propósito, basada en los resultados de esta investigación, para abordar proactivamente los riesgos de salud mental en el lugar de trabajo y preparar a los empleados para el éxito durante el proceso de recuperación empresarial.

---

### REFERENCIAS

- Antonio Guterres Interview (13 May 2020): <https://www.un.org/en/coronavirus/mental-health-services-are-essential-part-all-government-responses-covid-19>
- Berntsen, D. & Rubin, D.C. 2015. Pre-traumatic Stress Reactions in Soldiers Deployed to Afghanistan. *Clin Psychol Sci*, 3(5): 663–674. doi:10.1177/2167702614551766
- Burgess, R., Jain, S., Petersen, I. & Lund, C. 2019. Social interventions: a new era for global mental health?. *The Lancet Psychiatry*. 7. 10.1016/S2215-0366(19)30397-9
- Bomyea, J., Risbrough, V. & Lang, A.J. 2012. A consideration of select pre-trauma factors as key vulnerabilities in PTSD. *Clin Psychol Rev*. 32(7): 630–641. doi:10.1016/j.cpr.2012.06.008.
- Demerouti, E; Mostert, K, & Bakker, A.B. 2010. Burnout and Work Engagement: A Thorough Investigation of the Independence of Both Constructs. *Journal of occupational health psychology*, 15(3), 209. DOI: 10.1037/a0019408
- Elwood, L.S., Williams, N.L., Olatunji, B.O., & Lohr, J.M. 2007. Interpretation biases in victims and non-victims of interpersonal trauma and their relation to symptom development. *Journal of Anxiety Disorders*; 21(4):554–567. doi:10.1016/j.janxdis.2006.08.006. [PubMed: 16963221]
- Gray, M.J., Pumphrey, J.E., & Lombardo, T.W. 2003. The relationship between dispositional pessimistic attributional style versus trauma-specific attributions and PTSD symptoms. *Journal of Anxiety Disorders*; 17(3):289–303. doi:10.1016/

S0887-6185(02)00205-0. [PubMed: 12727123]

- Heinrichs, M., Wagner, D., Schoch, W., Soravia, L.M., Hellhammer, D.H., & Ehler, U. 2005. Predicting post- traumatic stress symptoms from pre-traumatic risk factors: A 2-year prospective follow-up study in firefighters. *The American Journal of Psychiatry* 162(12):2276–2286. doi:10.1176/appi.ajp. 162.12.2276. [PubMed: 16330591]
- ILO. 2020. OSH Professionals and Workplaces during COVID-19
- IOL. 2020 (b). COVID-19 and the world of work: Impact and policy responses.
- IOSH. 2020. IOSH Covid-19 policy position. <https://iosh.com/more/our-influence/our-policy-positions/iosh-covid-19-policy-position/>
- Kline, R. B. (2011). *Principles and practice of structural equation modeling*. Guilford press.
- Martin-Soelch, C. & Schnyder, U. 2019. Resilience and Vulnerability Factors in Response to Stress. *Frontiers in Psychiatry*, (10). DOI=10.3389/fpsy.2019.00732
- McNally, N.J., Bryant, R.A., & Ehlers, A. 2003. Does early psychological intervention promote recovery from post-traumatic stress? *Psychological Science in the Public Interest*. 4:45–79.
- WHO. 2011. *Psychological first aid: Guide for field workers*
- Sijtsma, K. (2009). Reliability beyond theory and into practice. *Psychometrika*, 74(1), 169-173.
- SADAG. 2020. <https://www.news24.com/news24/southafrica/news/lockdown-calls-to-mental-health-and-suicide-helplines-have-more-than-doubled-20200516>
- United Nations. 2020. Policy Brief: COVID-19 and the Need for Action on Mental Health, UN 13 May 2020
- Wild, J., Smith, K.V., Thompson, E., Bear, F., Lommen, M. & Ehlers, A. (2016). A prospective study of pre- trauma risk factors for post-traumatic stress disorder and depression. *Psychological Medicine*. -1. 10.1017/S0033291716000532.

Traducción: Manuel Núñez (páginas 144-152), Mayra Lizeth Salgado Espinosa (páginas 152-160)

Edición: Mayra Lizeth Salgado Espinosa (páginas 144-152), Manuel Núñez (páginas 152-160)



# SECCIÓN D

---

Llamado a la Acción



# Día Mundial de la Salud Mental 2020

## Llamado a la Acción

A fines de mayo de 2020, estalló la ira entre las personas y las comunidades a medida que, la mortalidad y la morbilidad por la pandemia, el racismo sistémico y la violencia estructural se amplificaron mutuamente en los Estados Unidos (EE. UU.) y en las poblaciones vulnerables de todo el mundo. Para junio de 2020, la ira por la brutalidad policial contra las personas afroamericanas, que se mostró más públicamente en el asesinato de George Floyd, encontró expresión entre la gente desde Seattle a Londres, Frankfurt a Madrid, Sofía, Túnez, Gaza, Pretoria, Sídney, Seúl y Tokio.

Algunos sectores apenas están comenzando a reconocer que los sistemas de racismo están entrelazados en el tejido de nuestras sociedades y rigen el acceso a la seguridad frente a la violencia, atención médica de calidad, educación, medios de vida e ingresos, y una serie de otros recursos que influyen en cómo y cuándo vivimos, o morir.<sup>1,2</sup> Por el contrario, los impulsores sociales que protegen la salud y el bienestar en general, las intervenciones en la primera infancia, las leyes y políticas contra la discriminación, la vivienda segura y asequible, las oportunidades de empleo, el acceso a servicios de salud de calidad, también son fundamentales para la salud mental.<sup>3</sup>

Las condiciones sociales que impregnan los entornos de vida, aprendizaje, trabajo, adoración y educación contribuyen a nuestra salud mental a lo largo de nuestra vida.<sup>4</sup> Experiencias adversas a lo largo de la vida, como el estigma en todas sus formas de prejuicio, estereotipos y discriminación; pobreza y desigualdad de ingresos; violencia interpersonal y colectiva; o la migración forzada son determinantes clave de la aparición de trastornos mentales, enfermedades cardiovasculares y, por supuesto, también de morbilidad y mortalidad por enfermedades infecciosas.<sup>3,5-7</sup> Sin embargo, diagnosticar o correlacionar condiciones de salud mental o de otro tipo con estas exposiciones no nos absuelve como defensores, profesionales o como comunidad, desde la responsabilidad ética de comprender y enfrentar los procesos sociales que alimentan estos problemas.

En este momento, la pandemia de COVID-19 y los disturbios civiles, los trastornos económicos y el desempleo que la acompañan, subrayan las consecuencias de larga data de las inequidades en salud y la escasa inversión en salud pública.<sup>8,9</sup> Estas inequidades ocurren en un entorno global ya marcado por un acceso inadecuado a una atención de salud mental eficaz para quienes la necesitan<sup>10-12</sup> y tasas de mortalidad más altas para personas con problemas de salud mental por largo tiempo y afecciones médicas concurrentes.<sup>13</sup> Este momento también destaca dónde debemos actuar. Una mayor inversión y

un mayor acceso a la salud mental y el bienestar exige que los gobiernos, la sociedad civil, los donantes y las organizaciones multilaterales actúen sobre estas consideraciones:

## 1. Reconocer y responder al racismo en todas sus formas como una amenaza para la salud y el bienestar a lo largo de la vida.

La extraordinaria visión articulada en la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible de las Naciones Unidas busca erradicar la pobreza, respetar los derechos humanos y no dejar a nadie atrás. Con esta agenda, los estados miembros de la ONU aspiran a una vida próspera para todas las personas, independientemente de las limitaciones sociales, culturales o relacionadas con la salud que influyen en los resultados a largo plazo y la capacidad de vivir una buena vida. Estos compromisos conllevan el reconocimiento explícito de las “interrelaciones y la naturaleza integrada de los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS]” y el reconocimiento implícito del peligro para la dignidad, la salud y el bienestar que se deriva de la desigualdad basada en la raza, el origen étnico, la desigualdad de género, la capacidad o cualquier otra característica humana. Los indicadores para el ODS 10, en particular, seguirán las reducciones en la proporción de la población que reporta discriminación o acoso personal en el año anterior por motivos reconocidos por los derechos humanos.<sup>14</sup>

La comunidad de salud pública determinó hace mucho tiempo que el racismo es una amenaza para la salud, la salud mental y el bienestar.<sup>2</sup> Los sistemas de racismo, promueven ideas de inferioridad de una población específica, afianzan estos en los sistemas de creencias y normas de la cultura más amplia, permitiendo la legitimidad de formas de discriminación que marginan y devalúan a estos grupos.<sup>2</sup> Systems of racism, promote ideas of inferiority of a specific population, entrench these in the belief systems and norms of the larger culture, allowing the legitimacy of forms of discrimination that marginalize and devalue these groups.<sup>2</sup> Sus efectos son generalizados y apoyan el sesgo implícito y explícito, que no solo conduce a respuestas psicológicas negativas en las personas estigmatizadas, sino que influye en la forma en que otros responden a las políticas o leyes igualitarias que afectan al grupo<sup>16</sup>. El racismo institucional o estructural apoya políticas que sustentan la asignación injusta de recursos y reduce el acceso a oportunidades (a través de la segregación, la migración forzada y la expulsión). La discriminación es el comportamiento y la vía por la cual se restringe el acceso de las personas a los recursos económicos, educativos, médicos y otros recursos sociales.<sup>15</sup> Las consecuencias de estos procesos incluyen oportunidades de vida limitadas, angustia psicológica, síntomas de ansiedad y estado de ánimo, mayor riesgo de trastornos mentales y precursores de enfermedades crónicas. Por lo tanto, la comunidad de salud mental también debe desafiar y dismantelar las formas de racismo estructural, así como individual, que contribuyen a la mala salud y el bienestar en general, y la mala salud mental, específicamente.

## 2. Estimular y acelerar esfuerzos para alcanzar las metas de los ODS.

La Comisión Lancet sobre Salud Mental Global y Desarrollo Sostenible enfatizó la relevancia de la salud mental para alcanzar las metas de los ODS relacionados con la salud y para el desarrollo sostenible en general.<sup>16</sup> Análisis recientes que mapean sistemáticamente los determinantes sociales de la salud mental con los ODS muestran que las intervenciones para reducir la violencia de género, el maltrato infantil, la discriminación racial y la xenofobia; transferencias de efectivo o subvenciones de ingresos básicos, mejora del empleo; vecindarios seguros; reducción de la violencia, respuesta temprana a las amenazas ambientales; el acceso a una educación de calidad y a redes sociales de apoyo podría mejorar los resultados de salud mental de la población.<sup>6</sup> Alcanzar estos objetivos para 2030 requerirá una mayor inversión y una mayor voluntad política, en un momento en que, debido al COVID-19, la inversión extranjera directa global podría disminuir hasta en un 40% este año.<sup>17</sup> En julio de 2020, el mundo no estaba en camino de lograr la mayoría de las metas de los ODS, incluidas las de reducción de la pobreza, seguridad alimentaria, educación inclusiva y equitativa o igualdad de ingresos.<sup>17</sup>

## 3. Invertir en intervenciones sociales y conductuales.

La comunidad mundial de salud mental ha destacado la necesidad de apoyar los entornos comunitarios que promueven el bienestar mental como un gran desafío.<sup>18</sup> Usar el empoderamiento comunitario como un enfoque para la promoción de la salud mental, buscar los beneficios para la salud mental de la participación en la intervención y la defensa liderada por la comunidad, ubicando a las personas en el centro del diseño, la prestación y el alcance del servicio y profundizar nuestra comprensión de cómo la intervención sobre los determinantes sociales afecta la salud mental de la población puede acercarnos a enfrentar este desafío.<sup>19</sup>

Debemos seguir invirtiendo en intervenciones psicosociales y conductuales que reduzcan el estigma, fortalezcan las relaciones interpersonales, refuercen los apoyos sociales y creen redes sociales que sirvan como amortiguadores para que las personas enfrenten las agresiones a los determinantes de la salud mientras trabajamos en el desmantelamiento de las estructuras que causan daño. Las escuelas, clínicas y lugares de trabajo pueden trabajar para reunir a pequeños grupos de personas con antecedentes comunes para compartir estrategias de afrontamiento, generar confianza y apoyar los medios de vida.<sup>20</sup> La pandemia ha estimulado estas respuestas participativas comunitarias para las poblaciones vulnerables, respuestas que también pueden satisfacer las necesidades después de la crisis.<sup>21</sup>

## 4. Garantizar el acceso a una atención de salud mental y atención primaria de calidad y asequibles.

Junto con una mayor atención a los determinantes sociales de la salud, el rediseño de los sistemas de salud para integrar la atención de la salud mental con la atención de otras enfermedades crónicas y el establecimiento de la paridad entre los trastornos mentales y otras afecciones médicas sigue siendo un gran desafío para la salud mental mundial.<sup>22</sup> El camino hacia la cobertura sanitaria universal (CSU) crea un camino para satisfacer esta necesidad, y es oportuno. El aumento de los problemas de salud mental que acompañan a la pandemia de COVID-19, así como la posibilidad de secuelas neurocognitivas del SARS-CoV-2,<sup>23</sup> sirven como recordatorios de que la separación de la salud de la salud mental es artificial en el mejor de los casos y dañina en el peor. Los daños a la salud suelen tener consecuencias para la salud mental, y la mala salud mental aumenta las posibilidades de resultados deficientes de salud. Las personas con trastornos mentales graves continúan experimentando una mortalidad desproporcionada asociada con afecciones médicas.<sup>24</sup>

La falta persistente de inversión en servicios comunitarios de salud mental, la sobreinversión en hospitales psiquiátricos y la insuficiencia de recursos humanos son barreras del lado de la oferta para una atención de calidad; Considerando que el estigma asociado con la búsqueda de atención y la disparidad entre los proveedores y la gente común en conceptos y atribuciones de enfermedades contribuyen a las barreras del lado de la demanda.<sup>25</sup> No obstante, existen modelos de atención basados en la evidencia que integran la salud mental en la atención primaria,<sup>26</sup> al igual que las intervenciones de salud mental que se pueden realizar en sistemas de salud con diferentes recursos,<sup>27,28</sup> pero se debe aumentar la financiación para una implementación sostenida.

## 5. Reducir las disparidades en la atención de salud mental.

La reducción de las disparidades en salud es esencial para el éxito de la CUS. Esto requiere comprender cómo la interseccionalidad influye en las disparidades de salud que surgen de la raza y la etnia, el género y la identidad transgénero, vivir con una condición de salud mental grave, pobreza y desigualdad, y otras situaciones de desventaja. Ser mujer, inmigrante, miembro de un grupo étnico minoritario, una persona que vive con un trastorno mental crónica, cada uno de estos aspectos de la vida contribuye al riesgo y la resistencia a los resultados negativos de la salud mental.<sup>29</sup> Trabajar para reducir estas disparidades requiere comprender qué grupos reciben menos atención y por qué, y adaptar los esfuerzos para involucrar a las personas en la atención, garantizar la asequibilidad y emplear modelos de prestación de atención que faciliten el acceso y la continuidad.<sup>30</sup>

## Conclusión

Los trágicos acontecimientos de 2020, en sí mismos, sirven como un llamado a la acción para cada individuo y cada comunidad que valora la dignidad y los derechos humanos. El racismo impulsó la brutalidad presenciada en los Estados Unidos, pero ninguna sociedad es inocente de la discriminación y sus efectos nocivos, ya sea por casta, raza, etnia, género o discapacidad. Este llamado debería resonar con especial fuerza dentro de la comunidad mundial de salud mental. Hemos encontrado nuestra alma furiosa<sup>31</sup> tenemos órdenes de marcha de quienes han dado su vida y un plan de acción de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Tenemos la energía de los jóvenes de todo el mundo unidos por la justicia, entendemos el dolor de la exclusión y debemos responder con propósito e intencionalidad.

### PAMELA Y. COLLINS

MD, MPH, Profesora, Departments of Psychiatry & Behavioral Sciences and Global Health; Director, University of Washington Global Mental Health Program, University of Washington, Seattle, WA, USA.

### DEEPA RAO

PhD, MA, Profesora, Departments of Global Health and Psychiatry & Behavioral Sciences; Associate Director, University of Washington Global Mental Health Program, University of Washington, Seattle, WA, USA.

---

#### REFERENCIAS

1. Phelan JC, Link BG. Is Racism a Fundamental Cause of Inequalities in Health? *Annual Review of Sociology*. 2015;41(1):311-330.
2. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA, Vu C. Understanding how discrimination can affect health. *Health services research*. 2019;54 Suppl 2(Suppl 2):1374-1388.
3. Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357-369.
4. WHO. Social determinants of health. [https://www.who.int/social\\_determinants/en/](https://www.who.int/social_determinants/en/) 2020. Accessed August 4, 2020.
5. Millett GA, Jones AT, Benkeser D, et al. Assessing Differential Impacts of COVID-19 on Black Communities. *Annals of epidemiology*. 2020;47:37-44.
6. Panza GA, Puhl RM, Taylor BA, Zaleski AL, Livingston J, Pescatello LS. Links between discrimination and cardiovascular health among socially stigmatized groups: A systematic review. *PLoS One*. 2019;14(6):e0217623.
7. Williams DR, Lawrence JA, Davis BA. Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annu Rev Public Health*. 2019;40:105-125.
8. Rollston R, Galea S. COVID-19 and the Social Determinants of Health. *American journal of health promotion : AJHP*. 2020;34(6):687-689.
9. Galea S, Abdalla SM. COVID-19 Pandemic, Unemployment, and Civil Unrest: Underlying Deep Racial and Socioeconomic Divides. *JAMA*. 2020;324(3):227-228.
10. Alonso J, Liu Z, Evans-Lacko S, et al. Treatment gap for anxiety disorders is global: Results of the World Mental Health Surveys in 21 countries. *Depression and anxiety*. 2018;35(3):195-208.
11. Degenhardt L, Glantz M, Evans-Lacko S, et al. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association*.

- tion (WPA). 2017;16(3):299-307.
12. Thornicroft G, Chatterji S, Evans-Lacko S, et al. Undertreatment of people with major depressive disorder in 21 countries. *The British journal of psychiatry : the journal of mental science*. 2017;210(2):119-124.
  13. Liu NH, Daumit GL, Dua T, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2017;16(1):30-40.
  14. UN. Global indicator framework for the Sustainable Development Goals and targets of the 2030 Agenda for Sustainable Development. 2020:A/RES/71/313, E/CN.313/2018/2012, E/CN.2013/2019/2012, E/CN.2013/2020/2012.
  15. Link BG, Phelan JC. Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*. 2001;27:363-385.
  16. Patel V, Shekhar SS, Lund C, et al. The Lancet Commission on Global Mental Health & Sustainable Development. *The Lancet*. 2018:[http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(1018\)31612-X](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(1018)31612-X).
  17. UN. *The Sustainable Development Goals Report 2020*. New York: United Nations; 2020.
  18. Collins PY, Patel V, Joestl SS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475(7354):27.
  19. Burgess RA, Jain S, Petersen I, Lund C. Social interventions: a new era for global mental health? *Lancet Psychiatry*. 2020;7(2):118-119.
  20. Rao D, Andrasik MP, Lipira L. HIV stigma among Black women in the United States: intersectionality, support, resilience. *Am J Public Health*. 2018;108(4):446-448. doi:410.2105/AJPH.2018.304310.
  21. Endale T, St Jean N, Birman D. COVID-19 and refugee and immigrant youth: A community-based mental health perspective. *Psychological trauma : theory, research, practice and policy*. 2020;12(S1):S225-s227.
  22. Collins PY, Patel V, Joestl SS, March D, Insel TR, Daar AS. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475:27-30.
  23. Rogers JP, Chesney E, Oliver D, et al. Psychiatric and neuropsychiatric presentations associated with severe coronavirus infections: a systematic review and meta-analysis with comparison to the COVID-19 pandemic. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(7):611-627.
  24. Firth J, Siddiqi N, Koyanagi A, et al. The Lancet Psychiatry Commission: a blueprint for protecting physical health in people with mental illness. *Lancet Psychiatry*. 2019;6(8):675-712.
  25. Patel V, Saxena S. Achieving universal health coverage for mental disorders. *Bmj*. 2019;366:l4516.
  26. Unutzer J, Carlo AD, Collins PY. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*. 2020;19(1):36-37.
  27. Patel V, Chisholm D, Parikh R, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, 3rd edition. *Lancet*. 2016;387(10028):1672-1685.
  28. Kola L. Global mental health and COVID-19. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(8):655-657.
  29. Collins PY, von Unger H, Armbrister A. Church ladies, good girls, and locas: Stigma and the intersection of gender, ethnicity, mental illness, and sexuality in relation to HIV risk. *Social Science & Medicine*. 2008;67(3):389-397.
  30. Lee-Tauler SY, Eun J, Corbett D, Collins PY. A Systematic Review of Interventions to Improve Initiation of Mental Health Care Among Racial-Ethnic Minority Groups. *Psychiatr Serv*. 2018;69(6):628-647.
  31. Horton R. Offline: A perilous birthday party for mental health. *The Lancet*. 2019;394:1696.

Traducción: Laura Anahí Salgado Espinosa  
Edición: Lientur Alcamán Curivil

# SECCIÓN E

Recursos del Día Mundial de la Salud Mental





## Evaluación del Ambiente de Cuidado Dirigido por el Paciente (PLACE en su sigla en inglés)

Este año la WFMH quiere empoderar a las personas con experiencias vividas para involucrarlos más activamente en el cuidado que se les ofrece

Los ambientes son muy importantes, tal cómo se recalcó en Gente Saludable 2030 y en Abordar el Estigma y el Aislamiento Social.

Necesitamos invertir en infraestructura de salud mental de buena calidad y los usuarios de los servicios de salud deberían involucrarse en la evaluación de la calidad de la infraestructura ofrecida.

El programa UK PLACE es un buen ejemplo de esto y estamos agradecidos con NHS Inglaterra/NHS Improvement y NHS Digital por compartir su conocimiento y experticia..

## Evaluación del Ambiente de Cuidado Dirigido por el Paciente (PLACE)

Los buenos ambientes importan.

Cada paciente del NHS debe ser atendido con compasión y dignidad, en un ambiente limpio y seguro. Cuando los estándares falten, ellos deberán ser capaces de dirigir la atención de los administradores y hacer que el servicio rinda cuentas. La evaluación del ambiente de cuidado dirigida por el paciente (PLACE) es un sistema de evaluación de la calidad del ambiente del paciente y provee motivación para su mejora entregando un mensaje claro, directamente de los pacientes, sobre como el ambiente o los servicios podrían ser mejorados.

PLACE fue presentado en Inglaterra el 2013, es una auto evaluación anual voluntaria y es el único programa nacional que recolecta información relacionada con el ambiente del paciente, provee un acercamiento consistente para que todas las organizaciones evalúen lo mismo con los mismos estándares.

La evaluación involucra a personas locales (conocidas como Asesores del Paciente) que van a hospitales como parte de los equipos para evaluar como el ambiente apoya la entrega de cuidados clínicos, observan la limpieza del hospital, comida e hidratación, el apoyo a la privacidad, dignidad y bienestar del paciente, mantenimiento y decoración general de los edificios, si los ambientes son amigables con

la demencia y cuidan a estos pacientes, visitantes y personal con discapacidad. El equipo de incluir un mínimo de 50 por ciento de Asesores del Paciente.

Los resultados están publicados y muestran el desempeño de hospitales tanto nacionalmente como en relación con otros hospitales que proveen servicios similares.

**Detalles del diseño pueden encontrarse en el siguiente link:**

<https://improvement.nhs.uk/resources/patient-led-assessments-care-environment-place/>

**Formularios de evaluación y guía de apoyo, incluyendo diapositivas para el entrenamiento de asesores pueden encontrarse en el siguiente link:**

<https://digital.nhs.uk/data-and-information/areas-of-interest/estates-and-facilities/patient-led-assessments-of-the-care-environment-place#supporting-guidance-documents>

Gill Donachie Patient Environment Senior Policy Lead NHS Estates and Facilities Division Commercial Directorate NHS England/NHS Improvement

Contacto: [gillian.donachie@nhs.net](mailto:gillian.donachie@nhs.net)

Traducción: Lientur Alcamán Curivil  
Edición: Laura Anahí Salgado Espinosa

## Links recomendados por la OMS

### Sitio web de la OMS sobre la prevención del suicidio

Incluye links a datos sobre el suicidio y materiales técnicos y comunicacionales para audiencias que incluyen policy-makers gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, periodistas y el público en general.

[https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab\\_1](https://www.who.int/health-topics/suicide#tab=tab_1)

### Previendo el suicidio: Una caja de herramientas para comprometer a la comunidad (2018)

Una guía paso a paso para personas que quieran comenzar actividades preventivas del suicidio en sus comunidades. Describe procesos participativos desde las bases mediante los cuales las comunidades (incluyendo líderes comunitarios, trabajadores de la salud, parlamentarios, profesores, trabajadores sociales, policía y bomberos, y líderes de negocios) pueden trabajar juntas para identificar, priorizar e implementar actividades que son importantes y apropiadas a su contexto local y que pueden influenciar y configurar políticas y servicios.

Desarrollado en colaboración con la Comisión de Salud Mental de Canadá.

<https://www.who.int/publications/i/item/suicide-prevention-toolkit-for-engaging-communities>

### Invirtiendo en salud mental: Evidencia para la acción

Presenta las razones clave por las cuales invertir en salud mental desde la perspectiva de la salud pública, el bienestar económico y la equidad social, y resalta las prioridades de inversión en salud mental.

[https://www.who.int/mental\\_health/publications/financing/investing\\_in\\_mh\\_2013/en/](https://www.who.int/mental_health/publications/financing/investing_in_mh_2013/en/)

Traducción: Lientur Alcamán Curivil  
Edición: Laura Anahí Salgado Espinosa

## Muévete por la Salud Mental: Invirtamos

En tiempos de distanciamiento físico ¿Qué mejor forma de demostrar tu apoyo, unidad y deseo de cambio que reunirte virtualmente con tus partidarios para moverse por la salud mental?

Posiblemente ninguna.

En el espíritu del Día Mundial de la Salud Mental y la fuerza y la solidaridad del movimiento por la salud mental, la WFMH propone que todos intentemos hacer más por el Día Mundial de la Salud Mental este año.

Motivamos a nuestros colaboradores a realizar eventos conmemorativos virtuales (o presenciales cuando sea posible) por el Día Mundial de la Salud Mental (WMHD en su sigla en inglés). No solo dirigirás la muy necesitada atención sobre el discurso de la salud mental, le mostrarás a aquellos que enfrentan la discriminación y el estigma que no hay razón para avergonzarse o temer.

Tus acciones le pondrán cara esta enfermedad invisible, humanizaras la problemática y le mostrarás a aquellos que toman decisiones en el Gobierno y en la comunidad que tu causa es válida.

Todo esto podrá sonar a trabajo duro, pero no tiene por qué serlo. Si las restricciones del distanciamiento social te lo permiten, puedes reunirte junto con 10 a 50 de tus amigos familiares y colegas; elige tu lugar de reunión o puntos de inicio y fin, crea pancartas inteligentes pero pacíficas y ¡Estarás listo para marchar por la salud mental al mismo tiempo que respetas las políticas de salud pública en tu país!

Y si no puedes reunirte en persona ¿Por qué no te unes a una marcha virtual por la salud mental?

El 9 y 10 de octubre del 2020 la Federación Mundial por la Salud Mental reunirá colaboradores del mundo entero para marchar por la salud mental. En una transmisión de Facebook de 24 horas se conjugará contenido de voces expertas experiencias vividas e influencers.

Activistas por la salud mental de diferentes países liderarán una hora cada uno (Argentina, Perú, Liberia, Sierra Leona, Ghana, Nigeria, Kenia, Sudáfrica, Pakistán, India, Nepal, Sri Lanka, Indonesia, Filipinas, Tonga, Nueva Zelanda, Australia, Reino Unido, Estados Unidos) y las restantes 5 horas han sido asignadas a y serán dirigidas por colaboradores de la sociedad civil trabajando globalmente en temas que incluyen la salud mental juvenil, discapacidad y salud mental, LGBTQIIA+ y salud mental, VIH/SIDA y salud mental, y envejecimiento y salud mental.

Se motivará al público a unirse a la marcha mirando y compartiendo la transmisión en vivo, utilizando una serie de filtros de Instagram para levantarse y ser contados mientras llaman a sus líderes a invertir en salud mental para todos y todas; o simplemente unirse a una actividad en TikTok. La transmisión

en vivo se realizará en un micrositio dedicado que también mostrará actualizaciones en vivo de redes sociales y contenidos de archivo de la marcha.

Se alienta a los miembros de la Federación Mundial a unirse a la marcha: puedes unirte a colaboradores nacionales en aquellos países que aparecerán en las horas dedicadas a unirse a colaboradores globales en cualquiera de las horas temáticas, dependiendo de tus propias prioridades. Incluso puedes hacer ambas dependiendo de que funcione para tu zona horaria. Para aprender más sobre la marcha revisa: [www.gospeakyourmind.org](http://www.gospeakyourmind.org)

## Cómo Organizar una Marcha o Vigilia Física

Hemos reunido algo de información general para que la uses al planificar tu Marcha por la Salud Mental. Por favor nota que los requerimientos son diferentes en cada país y comunidad -por favor encuentra las leyes y requerimientos para tu área particular y evita cualquier problema legal que pueda interrumpir o cancelar tu marcha. Los dos tipos de demostraciones que resaltamos son:

**Vigilia o Reunión-** Estos son encuentros en los que la gente permanece en un lugar. Son generalmente solemnes y reflexivos e pretenden ser una forma pacífica de honrar o resaltar a una persona o grupo de personas o a un sujeto de gran preocupación.

**Marcha-** una marcha es un encuentro de personas que se mueven desde un punto designado a un destino pre acordado. Las marchas son buenas si tienes una gran multitud o cuando quieres cubrir una gran área.

1. Elige una fecha (¡el 10/10 sería genial!) y una ubicación segura. Revisa si necesitas un permiso o algún tipo de autorización para realizar tu marcha o vigilia en público -será crítico conocer tus derechos respecto de cualquier tipo de reunión pública. Elige una ruta altamente poblada o un punto de reunión pública.
2. Decide el mensaje de tu causa y la forma en que lo quieres enviar a aquellos mirando. Hazlo simple, pacífico y fuerte. Crea carteles, señales y panfletos para usar -asegúrate de que todos se enfoquen en tu mensaje, que sean fuertes pero pacíficos, correctamente escritos y lo suficientemente grandes como para que la gente pueda verlos.
3. Agenda a oradores para que se dirijan a tu multitud. Puedes agendar oradores para que comiencen tu evento, terminen tu evento o ambos. Mantén los discursos cortos y concisos, recuerda que esto es una demostración no un simposio.
4. ¡Difunde la palabra! Contacta a tus adherentes, amigos, colaboradores, etc. -intenta incluir a tantos grupos como sea posible para mostrar la fuerza y solidaridad existente en la comunidad. La creación de una coalición unificada de grupos diferentes (grupos de salud mental y profesionales, grupos médicos, familias, pacientes, doctores, enfermeras, etc.) es esencial formar un movimiento social de base amplia y obtener la mayor atención.

5. Asigna tareas y determina roles para todos los involucrados. Si trabajas con diferentes grupos reúne a todos los líderes para utilizar y unificar las capacidades, redes y mensaje.
6. Contacta a los medios y escribe declaraciones de prensa anunciando tus planes -incluye tu información de "quién, qué, dónde y cuándo" para asegurarte que todos los datos sobre tu demostración se encuentren disponibles.
7. Asegúrate de tomar fotografías, mantener notas de todo el evento, y cuando estés listo envía toda tu información a [wahd2020@wfmh.global](mailto:wahd2020@wfmh.global) ¡para mostrarle al mundo que estamos unidos y que ya no nos quedaremos callados!

¡Este puede ser el esfuerzo de activismo por la salud mental más grande del mundo! Esperamos que te unas y que hagas todo lo que puedas para mostrar tu apoyo. 5 personas o 500 personas ¡Todos podemos hacer una diferencia si tan solo hacemos algo!

## Slogans efectivos

- Muestra la importancia de un problema
- Muestra la relevancia de un problema
- Pon una "cara" al problema
- Dirígete a cada audiencia específica
- Refleja un entendimiento de lo que podría motivar el cambio
- Son culturalmente relevantes y sensibles
- Son memorables

## Ejemplos

- La Salud Mental Importa
- Muévete por la Salud Mental: ¡Invirtamos!
- Celebra el Día de la Salud Mental -Abre tu Mente
- Nada Sobre Nosotros Sin Nosotros
- ¡Marcha por la Reforma a la Salud Mental!
- ¡TODOS los Trastornos Merecen el Mismo Cuidado y Tratamiento!
- Cerca de Mil Millones de Personas Viven con un Desorden Mental... Mira Alrededor Tuyo -Haz el Cálculo
- No Hay Salud Sin Salud Mental
- Discriminación Mental: Abre tus Ojos a Nuestra Realidad

Traducción: Lientur Alcamán Curivil  
Edición: Laura Anahí Salgado Espinosa

# Día Mundial de la Salud Mental 2020

## Modelo de Proclamación

CONSIDERANDO que cerca de mil millones de personas en todo el mundo padecen trastornos mentales;

CONSIDERANDO que relativamente pocas personas en todo el mundo tienen acceso a una atención de salud mental de calidad;

CONSIDERANDO que la pandemia del coronavirus ha provocado un deterioro de la salud mental y el bienestar de muchas personas;

CONSIDERANDO que los trastornos mentales como los trastornos de ansiedad, trastorno depresivo, trastorno bipolar y la esquizofrenia, cuando no se diagnostican y tratan adecuadamente, son las principales causas de un mal desempeño laboral, dificultades familiares y contribuyen en gran medida a la carga global de la enfermedad;

CONSIDERANDO que muchas patologías de salud mental son tratables o prevenibles y que el coste humano que representan ha recibido tradicionalmente muy poca atención y preocupación por parte del público en general, el sistema de salud general, y los responsables elegidos y designados para crear políticas públicas, traduciéndose en una prioridad insuficiente a estos trastornos;

CONSIDERANDO que la Federación Mundial de Salud Mental ha designado el tema para el Día Mundial de la Salud Mental 2020 como *“Salud Mental para Todos y Todas: Mayor Inversión, Mayor Acceso”*, e insta a que se invierta más en servicios de salud mental apropiados y equitativos, incluyendo el apoyo a los determinantes sociales de la salud para abordar la promoción y la prevención de la salud mental;

POR LO TANTO, YO, \_\_\_\_\_ (TÍTULO) \_\_\_\_\_ DE \_\_\_\_\_ (CIUDAD/AGENCIA DEL PAÍS, ORGANIZACIÓN, MINISTERIO) \_\_\_\_\_ PROCLAMAN EL 10 DE OCTUBRE 2020 COMO EL DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL EN \_\_\_\_\_ PUEBLO/CIUDAD/PAÍS

e insta a todas las organizaciones, organismos gubernamentales y no gubernamentales de salud mental a que colaboren con los funcionarios públicos electos y designados para aumentar la conciencia pública y la aceptación de los trastornos mentales y de las personas que viven con estos trastornos; promover políticas públicas mejoradas para optimizar el diagnóstico, tratamiento y apoyo a quienes los necesitan mediante la adopción de un enfoque sistémico completo; y reducir el estigma y la discriminación persistentes que con demasiada frecuencia constituyen barreras para las personas que buscan servicios y apoyo a su disposición.

Además, pido a todos los ciudadanos que se unan y apoyen a las organizaciones no gubernamentales locales, estatales/provinciales y nacionales que están trabajando para que la salud mental sea una prioridad en las comunidades de toda nuestra nación.

¡Juntos marcaremos la diferencia y promoveremos la salud mental en las personas y comunidades!

Firma \_\_\_\_\_

Título \_\_\_\_\_

Ministerio/Oficina/Agencia \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

(SELLO)

Traducción: Catherine Neira  
Edición: Paula Albornoz



# Modelo de Punto de Prensa/Nota en Medios de Comunicación para Firmar

## Proclamación del Día Mundial de la Salud Mental

10 de octubre, 2020

PARA SU PUBLICACIÓN INMEDIATA

ALCALDE (U OTRO FUNCIONARIO) DE \_\_\_\_\_ (pueblo, ciudad, o país) \_\_\_\_

PROCLAMA EL 10 DE OCTUBRE DÍA MUNDIAL DE LA SALUD MENTAL EN \_\_\_\_\_(lugar) \_\_\_\_ .

El (título/cargo), Honorable (nombre) \_\_\_\_\_, designó el 10 de octubre 2020 como el día Mundial de la Salud Mental, en \_\_\_\_\_ (lugar) mediante la firma de una Proclamación emitida por (cuerpo legislativo, oficina, departamento).

La ceremonia de firma de la Proclamación fue organizada por \_\_\_\_\_ (organización u organismo organizador) \_\_\_\_\_, y a ella asistieron (miembros de la organización, funcionarios públicos, líderes comunitarios, ciudadanos particulares, etc.).

En la Proclamación se instó a todas las organizaciones no gubernamentales y organismos gubernamentales a trabajar colaborativamente con los encargados de la formulación de políticas públicas y los funcionarios, para promover la mejora de los servicios de salud mental equitativos y apropiados en entornos de atención primaria de la salud, y aumentar el acceso fácil a los servicios para aquellos que experimentan problemas de salud mental severos y trastornos como la esquizofrenia, trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, y la depresión! También destacó la necesidad de que todos los miembros de la comunidad aumentaran su comprensión respecto a las patologías de salud mental y ayudaran a reducir el estigma y la discriminación que persiste en torno a los trastornos mentales y las personas que viven con estos trastornos graves de la salud.

El tema del Día Mundial de la Salud Mental 2020 es “*Salud Mental para Todos y Todas: Mayor Inversión, Mayor Acceso*”, y aborda la necesidad de promover el acceso temprano a la atención y la prevención de las dificultades de salud mental y la promoción del bienestar mental.

La Federación Mundial de Salud Mental (WFMH) estableció el Día Mundial de la Salud Mental en 1992; es la única campaña mundial anual de sensibilización que centra la atención en aspectos específicos de la salud mental y los trastornos mentales, y ahora se conmemora en todos los continentes del mun-

do y en casi todos los países el 10 de octubre a través de eventos y programas conmemorativos locales, regionales y nacionales del Día Mundial de la Salud Mental.

Traducción: Catherine Neira

Edición: Paula Albornoz

## Pon un ladrillo en el muro

Cerca de 1.000 millones de habitantes en el mundo viven con enfermedades de salud mental y la mayoría no tiene acceso a atención médica. En muchos países de ingresos bajos y medios, la mayor parte de la ayuda la proporcionan familiares u ONG (organizaciones no gubernamentales).

La actual pandemia por COVID-19 ha demostrado que nuestros sistemas de salud no están bien equipados para hacer frente a crisis y enfermedades emergentes.

Para apoyar el objetivo de este año del Día Mundial de la Salud Mental de proporcionar un mayor acceso, la Federación Mundial de Salud Mental desea brindar apoyo directo a algunas ONG pequeñas en países de bajos ingresos que tienen dificultades para obtener el apoyo necesario para continuar el buen trabajo que están haciendo.

Hacemos un llamado a nuestros seguidores y miembros para que nos ayuden a hacer esto y hemos creado un muro virtual en el que usted puede hacer una donación.

Haga clic en uno de los ladrillos a continuación para hacer su donación:

menos de \$10	\$35	\$50
\$100	\$500	\$1.000
\$5.000	\$10.000	más de \$10.000

Todos los donantes serán nombrados en el Muro Virtual del Día Mundial de la Salud Mental 2020.

Traducción: Catherine Neira  
Edición: Paula Albornoz

## Agradecimientos

Me gustaría dar las gracias a todos los que han contribuido al Día Mundial de la Salud Mental 2020 “Salud Mental para Todos y Todas: Mayor Inversión - Mayor Acceso”, incluyendo al Royal Patron de este año su Alteza Real la Princesa Iman Afzan Al-Sultan Abdullah y a nuestra presidenta de la Federación Mundial de la Salud Mental (WFMH por sus siglas en inglés) Ingrid Daniels.

El Día Mundial de la Salud Mental, establecido en 1992 con la energía de Dick Hunter y apoyado por el Centro Carter, ha contado con el apoyo activo de la OMS, las Naciones Unidas y muchas personas, instituciones y colegios profesionales de todo el mundo con interés en la promoción de la salud mental. Les estoy muy agradecido a todos.

Todos nuestros Secretarios Generales de la WFMH y ex presidentes de la WFMH desde 1992 han trabajado para asegurar que este evento anual del 10 de octubre continúe creciendo con un mensaje claro para asegurar que la salud mental sea una prioridad, y cada persona reciba la dignidad de la atención a la que tenemos derecho.

Cada ciudadano del mundo tiene un papel para asegurar que la salud mental sea una prioridad global. Sé que cada uno de ustedes está haciendo su parte - por lo cual estoy agradecido.

La Federación no puede hacer esto sola, por lo que estamos agradecidos de todos nuestros voluntarios. El material educativo de este año ha sido proporcionado por personas con experiencia, cuidadores, profesionales de la salud de muchas especialidades, gobiernos, etc. Todos nuestros colaboradores han ofrecido su tiempo y experiencia para proporcionar este año material maravilloso - gracias.

Gracias a Pamela Collins y Deepa Rao por nuestro Día Mundial de la Salud Mental Llamado a la Acción 2020. No debería ser sólo retórica - requiere que actuemos. Estoy muy agradecido con el equipo técnico de WFMH 2020 Mario Merlo, Steve Maingot, y Oghenechuko Okor, Estudiante de Magister en Arquitectura de la Universidad de Columbia, Nueva York, EE.UU., que proporcionó la imagen para la portada.

Mi agradecimiento a la ejecutiva de la Federación 2019-2021, Vicepresidentes Regionales y Junta Directiva por su apoyo, y a los miembros de la WFMH que votan y no votan y a los miembros individuales de la WFMH por su apoyo.

Finalmente, pero no menos importante, quisiera agradecer al comprometido equipo conformado por profesionales, investigadores y académicos de diferentes países que hicieron posible esta versión en español. Su trabajo y dedicación ha sido fundamental para hacer que este material educativo esté disponible en su versión en español. Por ello, quiero mencionar individualmente a cada integrante de este equipo de voluntarios y voluntarias como una forma de reconocer públicamente su enorme y valiosa contribución a la misión del WMHD2020:

Coordinación General del Equipo de Traducción: Carolina González

Equipo de Traducción y Edición (en orden de contribución de traducción): Carolina González, Paula Albornoz, Nadia Ramos, Raquel del Socorro Guillén Riebeling, Daniel Jiménez Zulic, María del Pilar Grazioso, Carolina Salgado, Johanna Kreither, Miguel Arriagada Tudor, Camila Espinoza, Claudia A. Cornejo-Araya, Juan Cortés Aravena, Rubén Alvarado, Olga Toro Devia, Juan Carlos Oliveros Chacana, Carlos Güida Leskevicius, Paula Soto Reyes, Boris Lucero, Marinés Mejía Álvarez, Manuel Núñez, Mayra Lizeth Salgado Espinosa, Laura Anahí Salgado Espinosa, Lientur Alcamán Curivil, y Catherine Neira.

Edición General: Carolina González y Fátima Navarro Marín

Les saluda cordialmente,

**Professor Gabriel Ivbijaro MBE JP**

MBBS MMedSci MA PhD FRCGP FWACPsych IDFAPA

Secretario General WFMH



wfmh.global



info@wfmh.global



@WFMH\_Official



@wfmhofficial



/World-Federation-for-Mental-Health-101568355012351

