



Informe mundial sobre la salud mental

Transformar la salud mental para todos

OPS



Organización Panamericana de la Salud



Organización Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

Informe mundial sobre la salud mental

| Transformar la salud mental
| para todos

OPS



Organización
Panamericana
de la Salud



Organización
Mundial de la Salud
ORGANIZACIÓN REGIONAL PARA LAS Américas

Versión oficial en español de la obra original en inglés
World mental health report: transforming mental health for all
© Organización Mundial de la Salud, 2022
ISBN 978-92-4-004933-8

Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos

ISBN: 978-92-75-32771-5 (PDF)

ISBN: 978-92-75-12771-1 (versión impresa)

© Organización Panamericana de la Salud, 2023

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



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

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

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

Cita propuesta: Organización Panamericana de la Salud. Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos. Washington, D.C.: OPS; 2023. Disponible en: <https://doi.org/10.37774/9789275327715>.

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

Ventas, derechos y licencias: para adquirir publicaciones de la OPS, diríjase a sales@paho.org. Para presentar solicitudes de uso comercial y consultas sobre derechos y licencias, véase www.paho.org/es/publicaciones/permisos-licencias.

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

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

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

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

NMH/MH/2023

Índice

Prólogo	vi
Prefacio	vii
Nota de agradecimiento	viii
Siglas	x

Resumen	xi
----------------------	-----------

1. Introducción	1
------------------------------	----------

1.1 Veinte años después	2
--------------------------------------	---

1.2 Hora de cambiar	5
----------------------------------	---

1.3 Acerca de este informe	7
---	---

2. Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública	9
---	----------

2.1 Conceptos sobre la salud mental	11
--	----

2.2 Determinantes de la salud mental.....	19
--	----

2.3 Amenazas mundiales a la salud mental.....	27
--	----

Primer plano: La COVID-19 y la salud mental.....	29
---	----



3. La salud mental en el mundo actual	37
3.1 Panorama epidemiológico	41
3.2 Consecuencias económicas	52
3.3 Brechas en cuanto a la salud mental en el ámbito público	53
3.4 Obstáculos que limitan la demanda de atención	66
4. Beneficios del cambio	73
4.1 Promover la salud pública	75
4.2 Promoción y protección de los derechos humanos	84
Primer plano: Involucrar y empoderar a las personas con experiencia propia.....	96
4.3 Posibilitar el desarrollo social y económico	99
5. Bases para lograr el cambio	107
5.1 Marcos para las políticas y la práctica	109
5.2 Comprensión y compromiso	120
Primer plano: Aprovechar las tecnologías digitales para la salud mental	130
5.3 Financiamiento de la salud mental	135
5.4 Competencias y recursos humanos	140

6. Promoción y prevención para el cambio en la salud mental 155

6.1 Promoción de la salud mental y prevención universal 159

6.2 Prevención selectiva e indicada 166

In focus: Facilitar la promoción y prevención multisectorial:
¿qué papel desempeña el sector de la salud? 169

6.3 Prioridades seleccionadas para la acción 172

7. Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto 197

7.1 Comprender la atención de la salud mental en la comunidad 199

7.2 La salud mental integrada en los servicios de salud 222

7.3 Servicios comunitarios de salud mental 235

7.4 Servicios de salud mental más allá del sector de la salud 253

8. Conclusiones 263

8.1 Acción integral 264

8.2 Vías de transformación 266

8.3 Aunar esfuerzos para el cambio 272

Prólogo

A medida que el mundo sigue enfrentando los efectos de largo alcance de la pandemia de COVID-19 y aprende de ellos, todas las personas debemos reflexionar sobre uno de sus aspectos más patentes: el enorme costo que ha supuesto para la salud mental de las personas. Las tasas de algunos problemas de salud mental que ya eran comunes, como la depresión y la ansiedad, aumentaron en un 25% durante el primer año de la pandemia, lo que se suma a los casi 1 000 millones de personas que ya tenían algún trastorno mental. Al mismo tiempo, debemos ser conscientes de la fragilidad de los sistemas de salud que intentan atender las necesidades de las personas con problemas de salud mental, ya sean de reciente aparición o preexistentes.

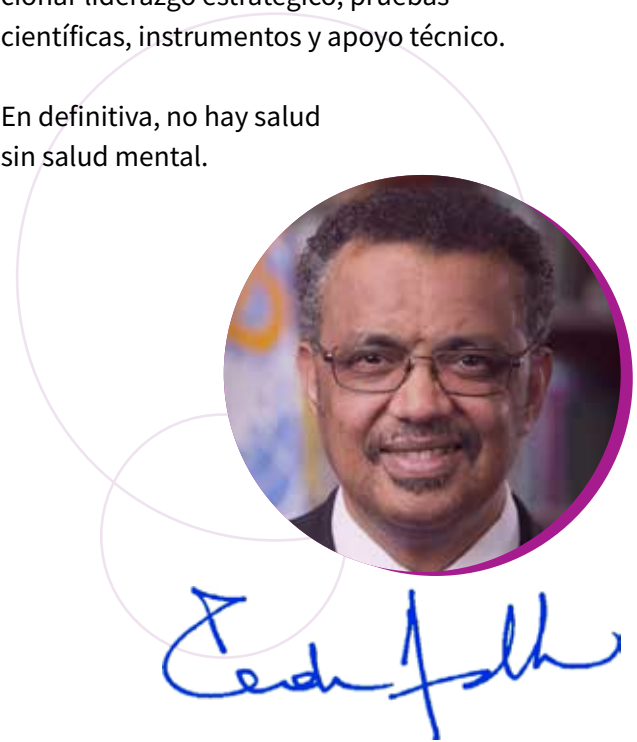
La salud mental es mucho más que la ausencia de enfermedad: es una parte intrínseca de nuestra salud y bienestar individual y colectivo. Como se muestra en el presente Informe mundial sobre la salud mental, para alcanzar los objetivos mundiales establecidos en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013 2030 de la OMS y los Objetivos de Desarrollo Sostenible debemos transformar nuestras actitudes, acciones y enfoques para promover y proteger la salud mental, así como para proporcionar cuidados y atención a quienes lo necesitan. Podemos y debemos hacerlo transformando los entornos que influyen en nuestra salud mental y desarrollando servicios de salud mental comunitarios capaces de lograr la cobertura universal de salud para la salud mental. Como parte de estos esfuerzos, debemos intensificar nuestra colaboración para integrar la salud mental en la atención primaria de salud.

Al hacerlo, reduciremos el sufrimiento, preservaremos la dignidad de las personas

e impulsaremos el desarrollo de nuestras comunidades y sociedades. Nuestra visión es la de un mundo en el que se valora, promueve y protege la salud mental; en el que se previenen los problemas de salud mental; en el que toda persona puede ejercer sus derechos humanos y acceder a una atención de salud mental asequible y de calidad, y en el que todas las personas pueden participar plenamente en la sociedad sin estigmatización ni discriminación.

Para lograr esta ambiciosa transformación es necesario realizar un esfuerzo concertado y renovado en todos los países, ya sean ricos o pobres, estables o frágiles, afectados por emergencias o no. La OMS desempeñará su función como principal organismo de salud mundial y seguirá trabajando a nivel nacional e internacional para proporcionar liderazgo estratégico, pruebas científicas, instrumentos y apoyo técnico.

En definitiva, no hay salud sin salud mental.



Dr Tedros Adhanom Ghebreyesus
Director General
Organización Mundial de la Salud

Prefacio

Los problemas de salud mental son muy comunes en todos los países del mundo. La mayoría de las sociedades y de los sistemas sociales y de salud descuidan la salud mental, y no prestan la atención y el apoyo que las personas necesitan y merecen. El resultado es que millones de personas en todo el mundo sufren en silencio, son víctimas de violaciones de los derechos humanos o se ven afectadas negativamente en su vida cotidiana.

Esta no debería ser la trayectoria de la salud mental, ni a nivel mundial ni en su país, y no tiene por qué serlo. El presente informe aboga por una transformación de la salud mental y demuestra que eso es posible. Al aplicar las conclusiones de investigaciones y de la práctica, en el informe se exploran diversas opciones para profundizar en el valor y el compromiso que atribuimos a la salud mental, reconfigurar los entornos que influyen en ella, y desarrollar y fortalecer los servicios de salud mental en la comunidad. Al utilizar ejemplos de una evolución positiva en todo el mundo, en el presente informe se muestra que todos los países, sea cual fuere su situación, tienen a su alcance numerosas oportunidades

de mejorar considerablemente la salud mental de la población adulta y la población infantil.

A lo largo del presente informe podrá encontrar testimonios de personas de todo el mundo con experiencia propia de problemas de salud mental. Sus relatos muestran lo que se puede lograr cuando hay un apoyo social y de salud que son eficaces, cómo pueden dar lugar a la recuperación y de qué manera cada los percibe persona. Nos hablan del sufrimiento, la estigmatización y la exclusión social cuando no hay entornos ni servicios que protejan y apoyen la salud mental, o que ofrezcan una atención asequible y de calidad. En definitiva, estos relatos nos recuerdan que invertir en la salud mental y de transformarla significa invertir en las personas. Toda persona tiene derecho a la salud mental. Toda persona merece que se le dé la oportunidad de prosperar.



Dévora Kestel
Directora

Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias
Organización Mundial de la Salud

Nota de agradecimiento

Liderazgo

El presente informe se ha elaborado bajo la dirección general de Dévora Kestel con la coordinación de Mark van Ommeren, del Departamento de Salud Mental y Consumo de Sustancias de la Organización Mundial de la Salud (OMS).

Equipo de redacción y editorial

Sian Lewis (Londres, Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte), Melvyn Freeman (Johannesburgo, Sudáfrica), Mark van Ommeren (OMS), Dan Chisholm (OMS), Olivia Gascoigne Siegl (Birmingham, Reino Unido) y Dévora Kestel (OMS).

Colaboradores y revisores de la OMS

Personal de la Sede y consultores de la

OMS: Aemal Akhtar, Elaine Brohan, Alison Brunier, Rodrigo Cataldi, Ken Carswell, Mateo Cesari, Venkatraman Chandra-Mouli, Sudipto Chatterjee, Neerja Chowdhary, Natalie Drew, Tarun Dua, Batool Fatima, Alexandra Fleischmann, Stéfanie Fréel, Michelle Funk, Claudia García-Moreno, Brandon Gray, Fahmy Hanna, Thiago Herick De Sa, Jang Hyobum, Kavitha Kolappa, Aiysha Malik, John Mahoney, Gergana Manolova, Vladimir Poznyak, Geoffrey Reed, Nathalie Roebbel, Katrin Seeher, Alison Schafer, Chiara Servili, Noline Schiess, Yuka Sumi, Maïke van Niekerk e Inka Weissbecker.

Personal de la OMS en las regiones y los

países: Florence Baingana (Oficina Regional para África), Catarina Dahl (oficina de la OMS en Brasil), Chencho Dorji (Oficina Regional para Asia Sudoriental), Jennifer Hall (oficina de la OMS en Fiji), Matias Irarrazaval (Oficina Regional para las Américas), Ledia Lazeri (Oficina Regional para Europa), Renato Oliveira

e Souza (Oficina Regional para las Américas); Khalid Saeed (Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental) y Martin Vandendyck (Oficina Regional para el Pacífico Occidental).

Colaboradores y revisores externos

Grupo consultivo: Fatma Charfi (Universidad de Túnez El Manar, Túnez); Fiona Charlson (Universidad de Queensland, Australia); Pim Cuijpers (Universidad Libre de Ámsterdam, Países Bajos); Tersdak Detkong (Departamento de Salud Mental, Tailandia); Julian Eaton (CBM y Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, Reino Unido); Daniel Fung (Asociación Internacional de Psiquiatría de la Infancia y de la Adolescencia y Profesionales Afines, Singapur); Grace Gatera (Kigali, Ruanda); Cecilia Guillén (En Primera Persona A.C., México); Saima Hossain (Fundación Shuchona, Dhaka, Bangladesh); Asma Humayun (Islamabad, Pakistán); Anne Lovell (Instituto Nacional de la Salud y de la Investigación Médica, París, Francia); Nasser Loza (Federación Mundial de Salud Mental, El Cairo, Egipto); Nino Makhshvili (Universidad Estatal Ilia, Tiflis, Georgia); Roberto Mezzina (International Mental Health Collaborating Network, Trieste, Italia); Christian Montenegro (Universidad de Exeter, Exeter, Reino Unido); Vikram Patel (Facultad de Medicina de Harvard, Boston, Estados Unidos de América); Soumitra Pathare (Indian Law Society, India) y Ashwin Vasan (Fountain House, Estados Unidos de América).

Colaboradores que aportaron testimonios de

personas con experiencia propia: Marie Abanga (Camerún), Esenam Abra Drah (Ghana), Amira Ali Al-Jamal (Jordania), Benjamin Ballah (Liberia), Nour Awad (Líbano), Dixon Emmanuel (República Unida de Tanzania), Sandra Ferreira (Sudáfrica), Regina Célia Freire da Silva (Brasil), Odireleng

Kasale (Botswana), Steven Lawlor (Reino Unido), Enoch Li (China), Tamira Loewen (Canadá), Joanna Lovón (Perú), Kat McIntosh (Trinidad y Tabago), Lion Gai Meir (Israel), Eleni Misganaw (Etiopía), Angelica Mkorongo (Zimbabwe), Mrs BN (anónimo), Ntokozo Nyathi (Zimbabwe), Benny Prawira (Indonesia), Alejandra Rivera (Perú), Claudia Sartor (Sudáfrica), Alexandra Schuster (Reino Unido), Olivia Gascoigne Siegl (Reino Unido), Charlene Sunkel (Sudáfrica), Anders Timms (Reino Unido), Laura Van Tosh (Estados Unidos de América), Sahar Vásquez (Belice), Larry White (Canadá) y Zineb (Marruecos).

Otros colaboradores y revisores expertos:

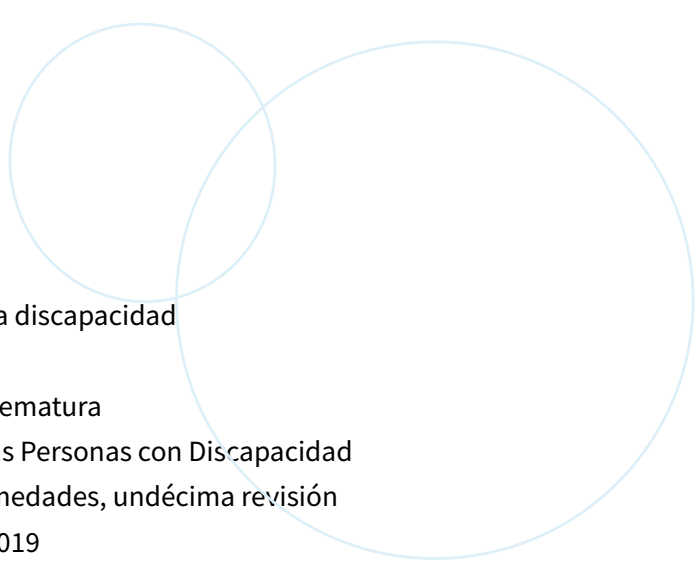
Alastair Ager (Universidad Queen Margaret, Edimburgo, Reino Unido); Esra Alataş (Ministerio de Salud, Türkiye); Benjamin Ballah (Cultivation for Users Hope, Liberia); Corrado Barbui (Universidad de Verona, Italia); Jonathan Campion (South London y Maudsley NHS Foundation Trust, Reino Unido); Odille Chang (Universidad Nacional de Fiji, Fiji); Leonardo Cubillos (Instituto Nacional de Salud Mental, Bethesda, Estados Unidos de América); Michael Eddleston (Universidad de Edimburgo, Reino Unido); Emma Ferguson (UNICEF, Nueva York, Estados Unidos de América); Alize Ferrari (Universidad de Queensland, Brisbane, Australia); Kostas Fountoulakis (Universidad Aristóteles de Tesalónica, Grecia); Charlotte Hanlon (King's College de Londres, Reino Unido y Universidad de Addis Abeba, Etiopía); Helen Herrman (Universidad de Melbourne, Australia); Zeinab Hijazi (UNICEF, Nueva York, Estados Unidos de América); Priscilla Idele (Oficina Ejecutiva del Secretario General de las Naciones Unidas, Nueva York, Estados Unidos de América); Lynne Jones (Escuela de Higiene y Medicina Tropical de la Universidad de Londres, Reino Unido); René Keet (GGZ Noord-Holland-Noord, Países Bajos); Christian Kieling (Universidad Federal de Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil); Sarah Kline (United for Global Mental Health, Reino Unido); Brandon Kohrt (Universidad George Washington, Washington, D.C., Estados

Unidos de América); Sherianne Kramer (University College de Ámsterdam, Países Bajos); Joanna Lai (UNICEF, Nueva York, Estados Unidos de América); Patricia Landinez (UNICEF, Nueva York, Estados Unidos de América); Crick Lund (King's College, Londres, Reino Unido y Universidad de Ciudad del Cabo, Sudáfrica); Mario Maj (Universidad de Campania, Luigi Vanvitelli, Nápoles, Italia); Ana Maria Mantilla Herrera (Universidad de Queensland, Brisbane, Australia); Simon Njuguna Kahonge (Ministerio de Salud, Nairobi, Kenya); Joseph Quoi (Ministerio de Salud, Monrovia, Liberia); Sarah Ramsay (Cambridge, Reino Unido); James Sale (United for Global Mental Health, Londres, Reino Unido); Damian Santomauro (Universidad de Queensland, Brisbane, Australia); Palmira dos Santos (Ministerio de Salud, Maputo, Mozambique); Benedetto Saraceno (Universidad Nueva de Lisboa, Portugal); Norman Sartorius (Asociación para la Mejora de los Programas de Salud Mental, Ginebra, Suiza); Shekhar Saxena (Escuela de Salud Pública T. H. Chan de Harvard, Boston, Estados Unidos de América); Jamileh Shadid (Universidad de Queensland, Brisbane, Australia); Beck Smith (Wellcome Trust, Londres, Reino Unido); Charlene Sunkel (Global Mental Health Peer Network, Johannesburgo, Sudáfrica); Angie Tarr (Ministerio de Salud, Monrovia, Liberia); Graham Thornicroft (King's College de Londres, Reino Unido); Wietse Tol (Universidad de Copenhague, Dinamarca); Peter Ventevogel (Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados, Ginebra, Suiza); Harvwy Whiteford (Universidad de Queensland, Brisbane, Australia); Miranda Wolpert (Wellcome Trust, Londres, Reino Unido); y Cynthia Zavala (Universidad de Queensland, Brisbane, Australia).

Apoyo financiero

Agencia Suiza para el Desarrollo y la Cooperación (COSUDE), Organismo Noruego de Cooperación para el Desarrollo (Norad) y Agencia de Estados Unidos para el Desarrollo Internacional (USAID).

Siglas



AVAD	año de vida ajustado en función de la discapacidad
AVD	años vividos con discapacidad
AVP	años de vida perdidos por muerte prematura
CDPD	Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad
CIE-11	Clasificación Internacional de Enfermedades, undécima revisión
COVID-19	enfermedad por el coronavirus del 2019
CVSP	Campus Virtual de Salud Pública
ENT	enfermedades no transmisibles
EQUIP	[recursos para] garantizar la calidad en el apoyo psicológico (por su sigla en inglés)
mhGAP	Programa de Acción para Superar las Brechas en la Salud Mental (por su sigla en inglés)
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
OIT	Organización Internacional del Trabajo
OMS	Organización Mundial de la Salud
OPS	Organización Panamericana de la Salud
TB	tuberculosis
TEPT	trastorno por estrés postraumático
TOC	trastorno obsesivo-compulsivo
UNICEF	Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia



Resumen

Panorama general del Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos



Capítulo 1. Introducción

Un informe mundial para inspirar y fundamentar el cambio.

Veinte años después de que la OMS publicara su histórico *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas*, las recomendaciones formuladas en aquel momento siguen siendo válidas hoy en día.

Sin embargo, se han logrado numerosos avances. El interés en la salud mental y el nivel de comprensión al respecto han aumentado. Numerosos países han establecido, actualizado y reforzado políticas o planes de salud mental. Los movimientos de promoción de esta causa han difundido los testimonios de las personas con experiencia directa en problemas de salud mental. Gracias a la investigación se han producido avances técnicos en este campo. En la actualidad, numerosas directrices, manuales y otros instrumentos prácticos de salud mental basados en la evidencia están disponibles para su aplicación.

Los Estados Miembros de la OMS adoptaron el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2020* y se comprometieron a alcanzar las metas mundiales relativas a la mejora de la salud mental. Estas metas se centraban en el fortalecimiento del liderazgo y la gobernanza, de la atención en la comunidad, de la promoción y la prevención, y de los sistemas de información y la investigación.

No obstante, en el análisis más reciente realizado por la OMS sobre los resultados de los países con respecto al plan de acción se muestra que los avances han sido lentos. En la mayor parte del mundo, el enfoque de la atención que se presta a la salud mental sigue

siendo el de siempre. ¿Con qué resultado? Los problemas de salud mental siguen teniendo graves consecuencias en la vida de las personas, al tiempo que los sistemas y servicios de salud mental siguen estando mal equipados para satisfacer las necesidades de las personas.

Mientras tanto, las amenazas mundiales para la salud mental siempre están presentes. Las crecientes desigualdades sociales y económicas, los conflictos prolongados, la violencia y las emergencias de salud pública amenazan el progreso hacia una mejora del bienestar. Ahora, más que nunca, no se puede seguir actuando como siempre en lo que respecta a la salud mental.

El presente Informe mundial sobre salud mental está diseñado para inspirar y fundamentar la indiscutible y urgente transformación que se necesita para garantizar una mejor salud mental para todas las personas. Aunque promueve un enfoque multisectorial, el presente informe está especialmente orientado a las instancias decisorias del sector de la salud. Entre ellas se encuentran los ministerios de salud y otros asociados del sector de la salud que, por lo general, se encargan de formular políticas de salud mental y de proporcionar sistemas y servicios de salud mental.

No se puede seguir actuando como siempre en lo que respecta a la salud mental.

Capítulo 2. Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública

La salud mental es de vital importancia para todas las personas, en todas partes.

La salud mental es una parte integral de nuestra salud y bienestar generales, y un derecho humano fundamental. La salud mental significa ser más capaces de relacionarnos, desenvolvernos, afrontar dificultades y prosperar. La salud mental existe en un complejo proceso continuo, con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional. Las personas con problemas de salud mental son más propensas a tener niveles más bajos de bienestar mental, aunque esto no siempre es así, ni es necesariamente así.

En cualquier momento, un conjunto de diversos factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental y cambiar nuestra posición en el proceso continuo de la salud mental. Aunque la mayoría de las personas tienen una notable resiliencia, las que están expuestas a circunstancias desfavorables –como la pobreza, la violencia y la desigualdad– corren un mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental. Los riesgos pueden manifestarse en todas las etapas de la vida, pero aquellos que sobrevienen durante períodos sensibles del desarrollo, especialmente en la primera infancia, son especialmente perjudiciales. Los factores de protección también aparecen a lo largo de la vida y sirven para reforzar la resiliencia. Entre ellos se encuentran nuestras habilidades y atributos sociales y emocionales individuales, así como las interacciones sociales positivas, la educación de calidad, el trabajo decente, los vecindarios seguros y la cohesión comunitaria, entre otros. Dado que los factores que determinan la salud mental son multisectoriales, las intervenciones destinadas a

promover y proteger la salud mental también deben llevarse a cabo en múltiples sectores. Cuando se trata de prestar atención de salud, también es necesario un enfoque multisectorial porque las personas con problemas de salud mental suelen necesitar servicios y apoyo que no se limitan al tratamiento clínico.

Los riesgos para la salud mental y los factores de protección de la salud mental pueden encontrarse en la sociedad a diferentes escalas. Las amenazas locales aumentan el riesgo para las personas, las familias y las comunidades. Las amenazas mundiales aumentan el riesgo para la población entera y pueden retrasar la progresión mundial hacia una mejora del bienestar. En este contexto, las principales amenazas en la actualidad son las recesiones económicas y la polarización social, las emergencias de salud pública, las emergencias humanitarias generalizadas y el desplazamiento forzado, así como la creciente crisis climática.

Entre sus numerosas repercusiones, la pandemia de COVID-19 ha generado una crisis mundial de la salud mental, alimentando el estrés a corto y largo plazo, y socavando la salud mental de millones de personas. Por ejemplo, se estima que el aumento de los trastornos de ansiedad y depresión ha sido de más del 25% durante el primer año de la pandemia. Al mismo tiempo, los servicios de salud mental se han visto gravemente alterados y la brecha terapéutica de los trastornos mentales se ha ampliado.

La salud mental es una parte integral de nuestra salud y bienestar generales, y un derecho humano fundamental.

Capítulo 3. La salud mental en el mundo actual

Las necesidades en materia de salud mental son considerables, pero las respuestas son insuficientes e inadecuadas.

En todos los países, los problemas de salud mental son muy frecuentes. Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía en función del sexo y la edad. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres.

El suicidio afecta a personas y a sus familias en todos los países y contextos, y a todas las edades. A nivel mundial, puede haber 20 intentos de suicidio por cada muerte por esta causa y, sin embargo, el suicidio representa más de una de cada 100 muertes y es una de las principales causas de muerte en la población joven.

Los trastornos mentales son la principal causa de años vividos con discapacidad (AVD), y representan uno de cada seis AVD en el mundo. La esquizofrenia, que afecta a aproximadamente una de cada 200 personas adultas, es una de las principales preocupaciones: en sus estados agudos es el más perjudicial de todos los trastornos mentales. Las personas con esquizofrenia u otros trastornos mentales graves mueren, en promedio, entre 10 y 20 años antes que la población general, a menudo por enfermedades físicas prevenibles.

En general, las consecuencias económicas de los problemas de salud mental son enormes. Las pérdidas de productividad y otros costos indirectos para la sociedad suelen superar con creces los costos de la atención de salud. Desde el punto de

vista económico, la esquizofrenia es el trastorno mental más costoso por persona para la sociedad. Los trastornos depresivos y de ansiedad son mucho menos costosos por persona, pero son mucho más frecuentes y, por lo tanto, contribuyen en gran medida a los gastos totales a nivel nacional.

Además de ser generalizados y costosos, los trastornos mentales están gravemente desatendidos. Los sistemas de salud mental presentan en todo el mundo importantes deficiencias y desequilibrios en materia de información e investigación, gobernanza, recursos y servicios. A menudo se da prioridad a otras afecciones de salud en detrimento de los problemas de salud mental; y en el contexto de los presupuestos de salud mental, la atención de la salud mental en la comunidad carece sistemáticamente de fondos suficientes. En promedio, los países dedican menos del 2% de su presupuesto de atención de salud a la salud mental. En los países de ingresos medianos, más del 70% del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que solo hay un profesional de la psiquiatría por 200 000 habitantes o más, y la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales asequibles es limitada, especialmente en los países de ingresos bajos. La mayoría de las personas que tienen problemas de salud mental diagnosticados no recibe ningún tratamiento. En todos los países, las lagunas en la cobertura de los servicios se ven agravadas por la variable calidad de la atención.

Varios factores impiden que las personas busquen ayuda para los trastornos mentales, como la mala calidad de los servicios, los niveles bajos de conocimientos sobre la salud mental, y la estigmatización y discriminación. En muchos lugares no hay servicios formales de salud mental o cuando esos servicios están disponibles, suelen ser inaccesibles o inasequibles. A menudo, las personas optarán por sufrir un malestar psicológico sin alivio antes que arriesgarse a la discriminación y el ostracismo que conlleva el acceso a los servicios de salud mental. En todos los países, los problemas de salud mental son muy frecuentes. Aproximadamente una de cada ocho personas en el mundo sufre algún trastorno mental. La prevalencia de los distintos trastornos mentales varía en función del sexo y la edad. Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres.

El suicidio afecta a personas y a sus familias en todos los países y contextos, y a todas las edades. A nivel mundial, puede haber 20 intentos de suicidio por cada muerte por esta causa y, sin embargo, el suicidio representa más de una de cada 100 muertes y es una de las principales causas de muerte en la población joven.

Los trastornos mentales son la principal causa de años vividos con discapacidad (AVD), y representan uno de cada seis AVD en el mundo. La esquizofrenia, que afecta a aproximadamente una de cada 200 personas adultas, es una de las principales preocupaciones: en sus estados agudos es el más perjudicial de todos los trastornos mentales. Las personas con esquizofrenia u otros trastornos mentales graves mueren, en promedio, entre 10 y 20 años antes que la población general, a menudo por enfermedades físicas prevenibles.

En general, las consecuencias económicas de los problemas de salud mental son enormes. Las pérdidas de productividad y otros costos indirectos para la sociedad suelen superar con creces los costos de la atención de salud. Desde el punto de

vista económico, la esquizofrenia es el trastorno mental más costoso por persona para la sociedad. Los trastornos depresivos y de ansiedad son mucho menos costosos por persona, pero son mucho más frecuentes y, por lo tanto, contribuyen en gran medida a los gastos totales a nivel nacional.

Además de ser generalizados y costosos, los trastornos mentales están gravemente desatendidos. Los sistemas de salud mental presentan en todo el mundo importantes deficiencias y desequilibrios en materia de información e investigación, gobernanza, recursos y servicios. A menudo se da prioridad a otras afecciones de salud en detrimento de los problemas de salud mental; y en el contexto de los presupuestos de salud mental, la atención de la salud mental en la comunidad carece sistemáticamente de fondos suficientes. En promedio, los países dedican menos del 2% de su presupuesto de atención de salud a la salud mental. En los países de ingresos medianos, más del 70% del gasto en salud mental sigue destinándose a los hospitales psiquiátricos. Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que solo hay un profesional de la psiquiatría por 200 000 habitantes o más, y la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos esenciales asequibles es limitada, especialmente en los países de ingresos bajos. La mayoría de las personas que tienen problemas de salud mental diagnosticados no recibe ningún tratamiento. En todos los países, las lagunas en la cobertura de los servicios se ven agravadas por la variable calidad de la atención.

Varios factores impiden que las personas busquen ayuda para los trastornos mentales, como la mala calidad de los servicios, los niveles bajos de conocimientos sobre la salud mental, y la estigmatización y discriminación. En muchos lugares no hay servicios formales de salud mental o cuando esos servicios están disponibles, suelen ser inaccesibles o inasequibles. A menudo, las personas optarán por sufrir un malestar psicológico sin alivio antes que arriesgarse a la discriminación y el ostracismo que conlleva el acceso a los servicios de salud mental.

Capítulo 4. Beneficios del cambio

El compromiso con la salud mental es una inversión hacia una vida y un futuro mejores para todas las personas.

Hay tres motivos principales para invertir en la salud mental: la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico.

Invertir en una salud mental para todas las personas representa un impulso para la salud pública. Puede reducir en gran medida el sufrimiento y mejorar la salud, la calidad de vida, el funcionamiento y la esperanza de vida de las personas con problemas de salud mental. Una mayor cobertura y una mayor protección financiera son medidas fundamentales para cerrar la enorme brecha que existe en la atención de salud y reducir las desigualdades en la salud mental. Para ello, es vital incluir la salud mental en los conjuntos de servicios esenciales para la cobertura universal de salud. También es vital integrar la atención de la salud mental y física, que mejora la accesibilidad y reduce la fragmentación y la duplicación de recursos para satisfacer mejor las necesidades de salud de las personas.

Ampliar el tratamiento para la depresión y la ansiedad tiene una **relación costo beneficio de 5 a 1.**

Es necesario invertir en la salud mental para poner fin a las violaciones de los derechos humanos. En todo el mundo, las personas con trastornos mentales suelen ser excluidas de la vida comunitaria y se les niega el ejercicio de derechos fundamentales. Por ejemplo, no solo sufren discriminación en el acceso al empleo, la educación y la vivienda, sino que, además, tampoco gozan de igual reconocimiento como personas ante la ley. Y, con demasiada frecuencia, son víctimas de abusos contra los derechos humanos por parte de algunos de los servicios de salud que se encargan de su atención. Al aplicar las convenciones de derechos humanos acordadas internacionalmente, como la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, se pueden lograr importantes avances en materia de derechos humanos. Asimismo, las intervenciones contra la estigmatización –en particular las estrategias de contacto social mediante las cuales las personas con experiencia directa ayudan a cambiar las actitudes y las acciones– pueden reducir la estigmatización y la discriminación en la comunidad.

Invertir en la salud mental puede permitir el desarrollo social y económico. Una mala salud mental frena el desarrollo al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja. Por el contrario,

cuando las personas gozan de buena salud mental y viven en entornos favorables, pueden aprender y trabajar bien, así como ayudar a sus comunidades en beneficio de todas las personas.

La evidencia acumulada muestra que existe un conjunto básico de intervenciones costo-efectivas para los problemas de salud

mental prioritarios que son factibles, asequibles y adecuadas. Entre ellas se encuentran los programas de aprendizaje social y emocional en las escuelas y las prohibiciones regulatorias de plaguicidas altamente peligrosos (para prevenir los suicidios), así como una serie de intervenciones clínicas indicadas en el compendio de la OMS para la cobertura universal de salud.

Capítulo 5. Bases para lograr el cambio

La transformación de la salud mental empieza por sentar las bases de sistemas y servicios de salud mental que funcionen bien.

En muchos sentidos, el fortalecimiento de los sistemas de salud sienta las bases para un cambio en la salud mental. Permite reorganizar y ampliar los servicios y el apoyo. Las principales áreas de acción son la gobernanza y el liderazgo, el financiamiento, la concientización pública y las competencias para la atención de la salud mental.

Los marcos mundiales y nacionales son fundamentales para orientar la acción en materia de salud mental y proporcionar un contexto propicio para la transformación. Para proteger y promover los derechos humanos es necesaria una legislación que se ajuste a los instrumentos internacionales de derechos humanos. Dado que las causas y necesidades de la salud mental son intersectoriales, es esencial que las leyes y políticas destinadas a mejorar la salud mental aborden todos los sectores.

Se necesitan tres tipos de compromiso político—expreso, institucional y presupuestario—para impulsar la agenda de salud mental. La promoción, la evidencia y el contexto político pueden influir enormemente en el fomento del

compromiso y el liderazgo. En particular, las emergencias humanitarias y de salud pública representan una obligación y una oportunidad de que los países inviertan en la salud mental, ya que ofrecen plataformas incomparables para el cambio. Un interés público y una comprensión firmes también impulsan las mejoras. Las personas con experiencia directa son importantes agentes de cambio para aumentar la concientización pública sobre la salud mental y la aceptación de las personas con trastornos mentales.

Para transformar los servicios de salud mental, el compromiso debe traducirse en acción mediante un financiamiento adecuado. En la práctica, esto significa que las instancias normativas y los planificadores deben destinar más fondos a la salud mental. Esto se consigue bien obteniendo recursos adicionales del tesoro público o de financiadores externos, o bien redistribuyendo los recursos hacia la salud mental, tanto en el contexto del presupuesto de salud como en toda la administración. Disponer de personal competente y motivado es vital para que un sistema de salud funcione

bien. Todos los países tienen que ampliar su personal especializado en salud mental y, al mismo tiempo, reforzar las competencias en materia de atención de salud mental de otros prestadores de atención de salud y de otras personas. En particular, el personal de atención primaria y una amplia gama de prestadores comunitarios –entre ellos trabajadores comunitarios y compañeros o pares– deben estar dotados de nuevas habilidades para detectar los problemas de salud mental, facilitar las intervenciones y el apoyo básicos, derivar a las personas cuando sea necesario y hacer el seguimiento.

Aparte del personal de salud mental, cada uno de nosotros puede reforzar sus habilidades y

competencias individuales para comprender y cuidar su propia salud mental. Todos los miembros de la comunidad y del sistema de atención deben apoyar la inclusión social de las personas con problemas de salud mental y promover una atención y un apoyo basados en los derechos, centrados en la persona y orientados a su recuperación.

En numerosos entornos, las tecnologías digitales ofrecen instrumentos prometedores que pueden reforzar los sistemas de salud mental al proporcionar medios para informar y educar al público, capacitar y apoyar al personal de salud, prestar atención a distancia y permitir la autoayuda.

Capítulo 6. Promoción y prevención para el cambio en la salud mental

Transformar la salud mental significa reforzar la promoción y la prevención multisectoriales para todas las personas.

En todas las etapas de la vida, la promoción y la prevención son necesarias para mejorar el bienestar mental y la resiliencia, prevenir la aparición de problemas de salud mental y su impacto, y reducir la necesidad de atención de salud mental. Cada vez hay más pruebas de que la promoción y la prevención pueden ser costo-efectivas.

Las intervenciones de promoción y prevención funcionan estableciendo los determinantes individuales, sociales y estructurales de la salud mental y, seguidamente, interviniendo para reducir los riesgos, fomentar la resiliencia y establecer entornos favorables para la salud mental. Las intervenciones pueden concebirse para personas, grupos específicos o toda la población.

La reconfiguración de los determinantes de la salud mental suele requerir una acción que no se limita al sector de la salud, lo que convierte la promoción y la prevención efectivas en una actividad multisectorial. El sector de la salud puede aportar una contribución considerable al integrar los esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, y al promover, iniciar y, cuando proceda, facilitar la colaboración y coordinación multisectoriales.

La prevención del suicidio es una prioridad internacional, como se refleja en la meta del Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) de reducir la tasa de mortalidad por suicidio en un tercio para el 2030. Para ayudar a los países a alcanzar esta meta, la OMS ha preparado el enfoque VIVIR LA

VIDA para la prevención del suicidio en el que se da prioridad a cuatro intervenciones de reconocida eficacia: limitación del acceso a los medios que posibilitan el suicidio, interacción con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio, desarrollo de aptitudes sociales y emocionales para la vida en la población adolescente, e intervención temprana para cualquier persona afectada por comportamientos suicidas. La prohibición de los plaguicidas altamente peligrosos es una intervención especialmente económica y costo efectiva. En los países con una elevada carga de autointoxicaciones por plaguicidas, las prohibiciones pueden dar lugar a una reducción inmediata y clara de las tasas totales de suicidio, sin pérdidas agrícolas.

La primera infancia, la infancia y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades en materia de salud mental. Los entornos de crianza, cuidado y aprendizaje de apoyo pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura. Por otro lado, las experiencias adversas en la infancia aumentan el riesgo de presentar trastornos mentales. Cuatro estrategias clave para reducir los riesgos y potenciar los factores de protección son:

elaborar y aplicar políticas y leyes que promuevan y protejan la salud mental; apoyar a los cuidadores para que presten una atención afectuosa; poner en marcha programas escolares que incluyan intervenciones contra la intimidación; mejorar la calidad de los entornos en las comunidades y los espacios digitales. Los programas escolares de aprendizaje social y emocional figuran entre las estrategias de promoción más eficaces para los países de todos los niveles de ingresos.

Al igual que las escuelas, los lugares de trabajo pueden ser lugares de oportunidades o de riesgo para la salud mental. La responsabilidad de crear más oportunidades de empleo para las personas con trastornos mentales y de promover y proteger la salud mental de todo el personal incumbe a los empleadores y a los gobiernos. En el caso de los gobiernos, esto significa aplicar legislación y regulaciones de apoyo en materia de derechos humanos, empleo y salud ocupacional. En el caso de los empleadores, en las directrices de la OMS se destaca la importancia de las intervenciones institucionales, la capacitación de los administradores en materia de salud mental y las intervenciones destinadas al personal.

Capítulo 7. Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto

Transformar la salud mental significa reforzar la atención comunitaria para todas las personas que la necesitan.

En el núcleo de la reforma de la salud mental se encuentra una importante reorganización de los servicios de salud mental. En lugar de atender a pacientes con problemas graves de salud mental en hospitales psiquiátricos, los países deben

privilegiar la prestación de servicios de salud mental en la comunidad. Al mismo tiempo, hay que ampliar la atención de los trastornos comunes, como la depresión y la ansiedad. Ambas estrategias son fundamentales para mejorar la cobertura

y la calidad de la atención de salud mental. La atención de salud mental en la comunidad es más accesible y aceptable que la atención institucional, y ofrece mejores resultados a las personas con problemas de salud mental. La atención centrada en la persona, orientada a su recuperación y basada en los derechos humanos es esencial.

La atención de salud mental en la comunidad comprende una red de servicios interconectados que abarca tres tipos de servicios: los servicios de salud mental integrados en la atención de salud general, los servicios comunitarios de salud mental, y los servicios que prestan atención de salud mental en entornos ajenos a la atención de salud y que apoyan el acceso a los principales servicios sociales. El apoyo social e informal prestado por prestadores de la comunidad (por ejemplo, trabajadores comunitarios, compañeros) complementa los servicios formales y es vital para asegurar entornos propicios para las personas con trastornos mentales. En general, no existe un modelo único para organizar los servicios de salud mental en la comunidad que pueda aplicarse en todos los contextos nacionales. Sin embargo, todos los países, sean cuales fueren sus limitaciones de recursos, pueden adoptar medidas para reestructurar y ampliar la atención de salud mental y lograr un impacto.

La integración de la salud mental en los servicios de salud generales suele implicar una distribución de tareas con los prestadores de atención de salud no especializados en salud mental, o la incorporación de personal y recursos específicos de salud mental a la atención primaria y secundaria de salud. Se ha demostrado que la distribución de tareas con los prestadores de atención primaria de salud ayuda a reducir la brecha terapéutica y a aumentar la cobertura de salud para los problemas de salud prioritarios. La distribución de tareas en el marco de los servicios específicos de enfermedades como la infección por el VIH/sida o de

los programas de tuberculosis puede mejorar los resultados en materia de salud física y mental. Los hospitales generales y los centros o equipos de salud mental comunitarios prestan atención secundaria de salud mental. A menudo son la piedra angular de las redes de servicios en la comunidad. Suelen atender a la población adulta, adolescente e infantil que presenta una serie de problemas de salud mental, y combinan servicios clínicos con rehabilitación psicosocial y actividades para promover la inclusión social y la participación en la vida comunitaria. Los servicios de vida asistida ofrecen una valiosa alternativa a la atención institucional y pueden incluir una combinación de instalaciones con distintos niveles de apoyo para diferentes niveles de dependencia.

En todos los niveles de la atención de salud, los servicios de apoyo entre pares aportan un nivel adicional de apoyo en el que las personas aprovechan sus propias experiencias para ayudarse mutuamente, intercambiando conocimientos, ofreciendo apoyo emocional, creando oportunidades de interacción social, ofreciendo ayuda práctica o participando en la promoción y la concientización.

La responsabilidad de prestar atención de salud mental en la comunidad se extiende a múltiples sectores. Complementar las intervenciones de salud con servicios sociales clave, como la protección de la infancia y el acceso a la educación, el empleo y la protección social, es esencial para que las personas con problemas de salud mental puedan alcanzar sus objetivos de recuperación y tener una vida más satisfactoria y plena.

Capítulo 8. Conclusiones

Profundizar en el compromiso, reconfigurar los entornos y fortalecer la atención para transformar la salud mental.

En el presente informe se aboga por una transformación mundial hacia una mejor salud mental para todas las personas. El Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 de la OMS representa un compromiso de todos los países para mejorar la salud mental y la atención de la salud mental, y proporciona un plan de acción. No se espera que ningún país cumpla todas las opciones de implementación del plan de acción mundial. Numerosos países carecen de los recursos necesarios para aplicar todas las medidas que se describen en el presente informe. Sin embargo, todos los países tienen numerosas oportunidades de realizar progresos significativos para mejorar la salud mental de su población. La elección de los primeros objetivos dependerá del contexto del país, de las necesidades locales en materia de salud mental, de otras prioridades y del estado y la estructura de cada sistema de salud mental.

La evidencia, la experiencia y los conocimientos técnicos que se presentan en este informe apuntan a tres vías clave de transformación que pueden acelerar los avances respecto del plan de acción mundial. Estas vías se centran en un cambio de actitud con respecto a la salud mental, en la respuesta a los riesgos de nuestro entorno para la salud mental y en el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud mental.

En primer lugar, **debemos profundizar en el valor y el compromiso** que atribuimos a la salud mental, como personas, comunidades y gobiernos, e igualar ese valor con un mayor

compromiso, implicación e inversión por parte de todas las partes interesadas, en todos los sectores. En segundo lugar, debemos **reconfigurar las características físicas, sociales y económicas de los entornos** –en los hogares, las escuelas, los lugares de trabajo y la comunidad en general– para proteger mejor la salud mental y prevenir los problemas de salud mental. Estos entornos deben ofrecer a todas las personas oportunidades de prosperar y alcanzar el nivel más alto posible de salud mental y bienestar en condiciones de igualdad. En tercer lugar, debemos **reforzar la atención de la salud mental** para atender todo el espectro de necesidades de salud mental mediante una red comunitaria de servicios y apoyo accesibles, asequibles y de calidad.

Cada vía de transformación es un camino hacia una mejor salud mental para todas las personas. Todas estas vías nos acercarán a un mundo en el que se valore, fomente y proteja la salud mental; en el que todas las personas tengan oportunidades de disfrutar de la salud mental y de ejercer sus derechos humanos en condiciones de igualdad, y puedan acceder a la atención de salud mental que necesiten.

Las personas, los gobiernos, los prestadores de atención de salud, las organizaciones no gubernamentales, el mundo académico, los empleadores, la sociedad civil y otras partes interesadas pueden contribuir a dicha transformación. Se necesitarán los esfuerzos combinados de todos nosotros para transformar la salud mental.



1

Introducción

Hace poco más de veinte años, la Organización Mundial de la Salud (OMS) publicó su histórico *Informe sobre la salud en el mundo 2001. Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas* (1). Sobre la base de los informes mundiales anteriores y aunando las perspectivas de la ciencia, la epidemiología y la experiencia del mundo real, el informe del 2001 arrojó luz sobre el papel fundamental de la salud mental en el bienestar de las personas, las comunidades y los países. Puso al descubierto las enormes repercusiones socioeconómicas y de salud pública de los problemas de salud mental, así como la importante brecha entre la necesidad de las personas y el acceso a la atención o el tratamiento.

Si bien la comunidad mundial de la salud había estado abogando por la acción en materia de salud mental durante décadas (2), el informe del

2001 fue un punto de inflexión en la conciencia mundial sobre la importancia de la salud mental, la prevalencia y el impacto de los problemas de salud mental, y la necesidad de un enfoque de salud pública. En sus diez recomendaciones, en el informe se proporcionó uno de los primeros y más claros marcos mundiales para la acción en el ámbito de la salud mental. Se solicitó a los países que brindaran tratamiento como parte de la atención primaria; aseguraran la disponibilidad de medicamentos psicotrópicos; proporcionaran atención en la comunidad; educaran al público; involucraran a las comunidades, las familias y los consumidores; establecieran políticas, programas y legislación a escala nacional; desarrollaran los recursos humanos; se vincularan con otros sectores; hicieran el seguimiento de la salud mental en las comunidades, y apoyaran más investigaciones.

1.1 Veinte años después

Veinte años después, todas estas recomendaciones siguen siendo válidas, aunque se han realizado progresos. En muchos países, los líderes políticos, los profesionales de todos los sectores y la población en general reconocen cada vez más la importancia de la salud mental.

Desde el informe del 2001, los países de todo el mundo han adoptado formalmente marcos internacionales que los guían para actuar en favor de la salud mental. En particular, los Estados Miembros de la OMS han adoptado el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, que los compromete a cumplir diez objetivos mundiales para mejorar la salud mental (3). Estos objetivos están estructurados alrededor del liderazgo y la gobernanza, la atención de salud en la comunidad, la promoción y la prevención, y los sistemas de información e investigación (véase la [figura 1.1](#)). Las convenciones históricas y los objetivos mundiales, como

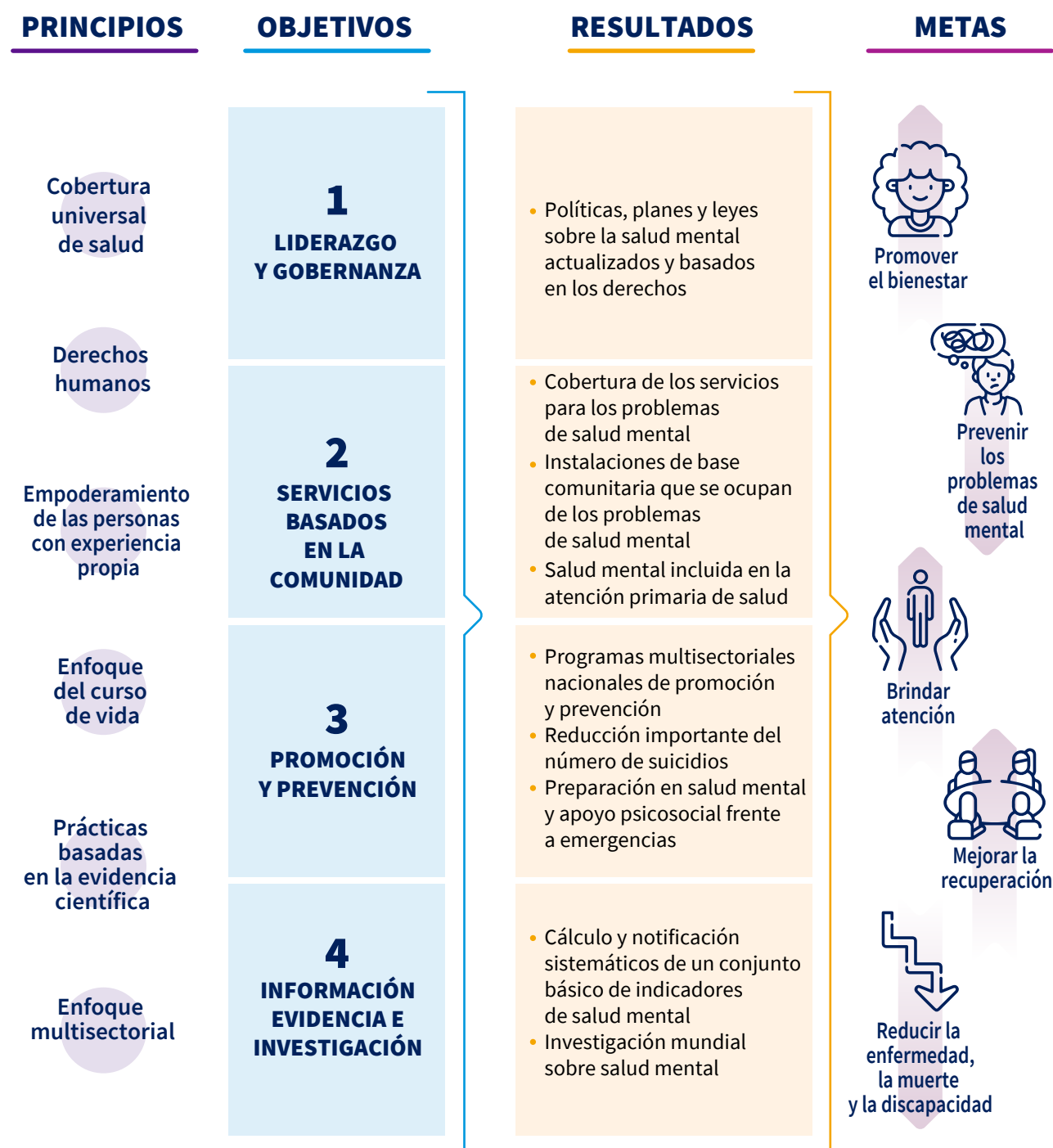
la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) y la cobertura universal de salud, han dado a los países otro impulso decisivo para transformar y mejorar la salud mental.

Las recomendaciones del 2001 siguen siendo válidas, aunque se han realizado progresos importantes.

Desde el 2001, muchos países también han establecido sus propias políticas y programas nacionales sobre la salud mental. La investigación internacional en materia de salud mental está avanzando, con investigaciones pertinentes y de alta calidad que se difunden continuamente en las principales revistas de salud pública del mundo. Además, la salud mental está cada vez más integrada en los programas de capacitación sobre salud pública.

FIG. 1.1

Resumen gráfico del Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030



Fuente: OMS, 2021 (3).

En los últimos veinte años han ganado protagonismo los movimientos de promoción de la causa que incluyen personas con experiencia propia, y que a veces son dirigidos por ellas. Esto ha ayudado a muchas personas a aumentar sus conocimientos y su comprensión acerca de la salud mental. Actualmente, los problemas y las experiencias en el ámbito de la salud mental se analizan y difunden con mayor frecuencia en los medios y las redes sociales, particularmente después de la pandemia de COVID-19, especialmente en la población joven. Dicha cobertura no solo ayuda a evitar la estigmatización de los problemas de salud mental, sino que también aumenta el valor que se otorga a la voz, las prioridades y el conocimiento de las personas con experiencia propia.

Los organismos internacionales también están cada vez más interesados en la salud mental y han tenido un papel clave en realzar su visibilidad como tema relevante, incluso por medio de sus publicaciones emblemáticas, como el Informe sobre el estado mundial de la infancia 2021 del UNICEF, dedicado a la salud mental (4).

Aunque en el 2001 ya se sabía que los problemas de salud mental eran frecuentes, hoy se sabe mucho más sobre sus características epidemiológicas, incluidos su inicio temprano y prevalencia alta, y los determinantes interrelacionados. Gracias a las nuevas investigaciones, también se han producido avances técnicos en este campo. Se ha demostrado ampliamente que la distribución de tareas entre prestadores de atención de salud mental especializados y no especializados es eficaz, incluso para las intervenciones psicológicas, y ahora se implementa con mayor frecuencia. La cantidad de guías prácticas, manuales y otros instrumentos sobre salud mental basados en la evidencia también ha aumentado notoriamente.

Las necesidades de salud mental de las personas afectadas por conflictos, desastres y brotes de enfermedades se han reconocido ampliamente, y la salud mental se aborda con frecuencia, aunque no siempre, como parte de las respuestas a las crisis.



1.2 Hora de cambiar

A pesar de estos avances, en la mayoría de los países y las comunidades los problemas de salud mental siguen teniendo graves consecuencias para la vida de las personas, a la vez que los sistemas y servicios de salud mental siguen estando mal equipados para satisfacer las necesidades de las personas.

Casi mil millones de personas en todo el mundo tienen un trastorno mental diagnosticable. La mayoría de las personas con problemas de salud mental no tiene acceso a una atención eficaz porque los servicios y el apoyo no están disponibles, no tienen la capacidad necesaria, son de difícil acceso o inasequibles, o porque la estigmatización generalizada impide que las personas busquen ayuda. En todas las culturas, los distintos sistemas de creencias, el lenguaje y las expresiones idiomáticas en torno a la salud mental influyen en la decisión de las personas de buscar o no ayuda, y en cómo y dónde lo hacen. También influyen en que las personas reconozcan los problemas o las experiencias, propias y de otros, como temas de salud mental.

Los recursos financieros y humanos destinados a la salud mental siguen siendo escasos en la mayoría de los países y están distribuidos de manera desigual. En todo el mundo, se asigna solo una pequeña fracción de los presupuestos de salud a la salud mental. En muchos países, la mayor parte de estos recursos escasos y absolutamente insuficientes van directamente a los hospitales psiquiátricos, que rara vez brindan la atención que las personas necesitan y, por lo general, están lejos de donde viven. Como resultado de la extrema falta de inversión, la meta de lograr la cobertura universal de la salud mental sigue estando lejana. En algunos países, la brecha de tratamiento de los problemas graves de salud mental es de un alarmante 90%.

Demasiadas personas con problemas de salud mental no reciben la atención que necesitan y merecen.

En el caso de las personas que presentan algún problema de salud mental detectado, ocurre con demasiada frecuencia que la atención y el tratamiento que reciben son inadecuados o impropios. Las violaciones de los derechos humanos continúan reinando en las instituciones y las comunidades de todo el mundo, también en los servicios de salud. Además, incluso cuando los servicios intentan abordar los trastornos mentales, en su mayoría pasan por alto la salud física de las personas afectadas y sus necesidades sociales más amplias.

Tanto en el informe del 2001 como en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 se subrayó la necesidad de contar con servicios comunitarios de salud mental accesibles. Estos servicios deben adoptar un enfoque biopsicosocial para la atención, que se debe desarrollar y prestar en estrecha colaboración con múltiples sectores y partes interesadas para abordar toda la gama de necesidades que pueden tener las personas con problemas de salud mental.

Sin embargo, el giro mundial hacia la atención comunitaria ha sido muy lento y las iniciativas verdaderamente multisectoriales siguen siendo escasas y aisladas. La verdad es que dos décadas después del histórico informe del 2001, y casi una década después de que el mundo se comprometiera con el plan de acción, los países y las comunidades que han visto una verdadera innovación y avances siguen siendo islas de buenas prácticas en un mar de necesidades y abandono.

En la mayor parte del mundo, el enfoque de la atención que se presta a la salud mental sigue siendo el de siempre. El resultado es que en el mundo demasiadas personas con problemas de salud mental no reciben la atención que necesitan y merecen.

El análisis más reciente, realizado en el atlas de la OMS sobre la salud mental, sobre el desempeño de los países con respecto al plan de acción confirma que los avances han sido lentos (). Por ejemplo, en el 2013, el 45% de los países informaron tener políticas y planes de salud mental acordes con los instrumentos de derechos humanos. El plan de acción estableció el objetivo de aumentar esa cifra al 80% para el 2020 (más tarde esto se extendió hasta el 2030); pero llegados a casi a la mitad del período la cifra solo aumentó al 51% (5). Se estima que la cobertura para la atención de la psicosis en todo el mundo es solo del 29%. En algunos ámbitos los logros fueron mayores: la tasa mundial de mortalidad por suicidio estandarizada por la edad correspondiente al 2019 cayó un 10% desde el 2013. No obstante, esto está muy por debajo del objetivo de reducción del 33% para el 2030. En general, todavía queda un largo camino por recorrer antes de que el mundo cumpla con los objetivos establecidos en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030.

Mientras tanto, las amenazas mundiales para la salud mental siempre están presentes. Las crecientes desigualdades sociales y económicas, los conflictos prolongados y las emergencias de salud pública afectan a la población entera y amenazan el progreso hacia una mejora del bienestar. Más recientemente, la pandemia de COVID-19 ha afectado la salud mental y el bienestar de muchas personas, con y sin trastornos preexistentes, y ha exacerbado las desigualdades sociales, así como las debilidades sistémicas en los servicios.

Y aunque cualquier persona en cualquier momento puede tener un problema de salud mental, los riesgos están lejos de ser iguales. A nivel mundial,

las mujeres y la población joven se llevaron la peor parte de las consecuencias sociales y económicas de la pandemia (6). Algunas personas, como las personas en prisión, las personas desplazadas por la fuerza, las personas que residen en hogares de cuidado a largo plazo y las personas sobrevivientes de violencia doméstica tienden a ser particularmente vulnerables, ya que las deficiencias preexistentes en materia de derechos humanos, protección legal o social pueden haber empeorado durante la pandemia (7). Las nuevas demandas de atención de salud mental se están sumando a la presión sobre los sistemas de salud ya sobrecargados en todas partes y están interactuando con las desigualdades de maneras que ponen la atención de salud mental fuera del alcance de quienes más la necesitan.

En la actualidad, más que nunca, no se puede seguir actuando como de costumbre en lo que respecta a la atención de la salud mental. La necesidad de una transformación de amplio alcance hacia la salud mental para todas las personas es indiscutible y urgente.

Los países deben intensificar su compromiso y acción para lograr una transformación que pueda cambiar el curso de la salud mental en todo el mundo. El objetivo final es claro: el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* prevé un mundo en el que la salud mental sea valorada, promovida y protegida; en el que la atención a nivel comunitario de la salud mental de alta calidad, culturalmente apropiada, aceptable y asequible esté disponible para todas y cada una de las personas que la necesiten, y en el que las personas con problemas de salud mental puedan participar plenamente en una sociedad libre de estigmatización, discriminación y abuso.

Sobre la base de lo que se ha logrado en los últimos veinte años, todas las personas debemos esforzarnos por convertir esa visión en realidad. Debemos fortalecer nuestro compromiso colectivo con la salud mental y darle sentido, valor e importancia como individuos, comunidades y

países. Debemos intensificar nuestras acciones colectivas para reformar los sistemas de salud mental hacia redes integrales de apoyo a nivel comunitario. Asimismo, debemos cambiar nuestras acciones colectivas para promover y proteger la salud mental, y reducir las disparidades para que todas las personas tengan la misma oportunidad de prosperar.

En el 2021, los Estados Miembros de la OMS se comprometieron nuevamente con el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, actualizándolo con nuevas metas y opciones de aplicación que se basan en las enseñanzas

extraídas en los últimos diez años (3). El plan actualizado proporciona una hoja de ruta para la acción de todas las partes interesadas. Todos los países, independientemente de sus limitaciones de recursos, pueden hacer algo sustancial para apoyar el cambio hacia una mejor salud mental.

No se puede seguir actuando como de costumbre en lo que respecta a la atención de la salud mental.

1.3 Acerca de este informe

Este informe ha sido elaborado para apoyar la transformación mundial que necesitamos. Su objetivo es fortalecer la forma en que valoramos y nos comprometemos con la salud mental como un elemento crítico para la salud de la población, el bienestar social y el desarrollo económico. Se propone inspirar un cambio radical en las actitudes, las acciones y los enfoques hacia el logro de una mejor salud mental para todas las personas.

Al basarse en los datos disponibles más recientes, mostrar ejemplos de buenas prácticas en todo el mundo y dar voz a personas con experiencia propia, este informe pone de relieve por qué y dónde es necesario el cambio, y cuál es la mejor manera de lograrlo sobre el terreno.

Si bien se reconoce la necesidad de un enfoque multisectorial y la relevancia de este informe para numerosas partes interesadas, el informe está especialmente orientado a las instancias decisorias del sector de la salud. Entre ellas se encuentran los ministerios de salud y otros asociados del sector de la salud

que, por lo general, se encargan de formular políticas de salud mental y de proporcionar sistemas y servicios de salud mental.

1.3.1 Alcance

Este informe se centra específicamente en la salud mental y las personas con problemas de salud mental (véase el [recuadro 1.1](#), “[Términos relacionados con la salud mental](#)”).

En algunos casos, en el informe también se hace referencia a los trastornos neurológicos, los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y las discapacidades cognitivas e intelectuales. Si bien estos problemas de salud no son el punto central de este informe, se reconoce que todos ellos pueden estar estrechamente relacionados con los problemas de salud mental, como pasa a menudo. Alrededor de un tercio de las personas con trastornos por consumo de sustancias psicoactivas también tienen un trastorno de salud mental, y las personas con un trastorno de salud mental también son más propensas a desarrollar

un trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Ambos tipos de trastornos aumentan el riesgo de suicidio (8). Una de cada cuatro personas que tienen epilepsia también tendrá depresión o ansiedad (9). En muchos países, los servicios para diferentes trastornos de salud mental, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas se combinan en el punto de atención.

Como organización integrada por 194 Estados Miembros y organismo especializado de las Naciones Unidas con la responsabilidad principal de la salud, la OMS promueve y adopta un

conjunto de valores y derechos universales, tanto en su labor sobre normas y estándares como en el apoyo a los países. Si bien estos valores mundiales y criterios normativos se reflejan plenamente en este informe, cada región, país y entorno es único y requiere un enfoque culturalmente sensible y adecuado al contexto, para la promoción, protección y atención de la salud mental.

El presente informe ha sido elaborado para apoyar la transformación mundial que necesitamos.

PERSPECTIVA

RECUADRO 1.1.

Términos relacionados con la salud mental

Salud mental. *Estado de bienestar mental que permite a las personas afrontar las tensiones de la vida, desarrollar todo su potencial, aprender y trabajar de forma productiva y fructífera, y contribuir a su comunidad. La salud mental es un componente integral de la salud y el bienestar, y es más que la ausencia de trastorno mental.*

Problemas de salud mental. *Término amplio que abarca las personas con trastornos mentales y discapacidad psicosocial. También engloba otros estados mentales asociados con malestar psicológico significativo, discapacidad funcional o riesgo de comportamiento autolesivo. Para aunar y apelar al grupo más amplio de partes interesadas posible, a lo largo de este informe se utiliza el término “problema de salud mental” excepto cuando se describen datos que se basan en categorías definidas de trastornos mentales.*

Trastornos mentales. Según la undécima revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11), un trastorno mental es un síndrome

caracterizado por una alteración clínicamente significativa en la cognición, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo que refleja una disfunción en los procesos psicológicos, biológicos o de desarrollo que subyacen al funcionamiento mental y comportamental. *Estos trastornos generalmente se asocian con malestar psicológico o deficiencia en áreas personales, familiares, sociales, educativas, ocupacionales u otras áreas importantes de funcionamiento.* En el presente informe se utiliza el término “trastorno mental” cuando se analizan datos que se basan en categorías definidas de trastornos mentales.

Discapacidad psicosocial. De acuerdo con Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, la discapacidad psicosocial es la que surge cuando alguien con una deficiencia mental a largo plazo interactúa con diversas barreras que pueden impedir su participación plena y efectiva en la sociedad, en igualdad de condiciones con las demás. Algunos ejemplos de este tipo de barreras son la discriminación, la estigmatización y la exclusión.



2

Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública

PRINCIPIOS CLAVE
DETERMINANTES
FACTORES ESTRUCTURALES

Resumen del capítulo

En este capítulo se exploran algunos conceptos básicos en el ámbito de la salud mental para mostrar que la salud mental es de vital importancia para todas las personas, en todas partes. Se define la salud mental como una parte integral de nuestra salud y bienestar generales, y un derecho humano fundamental. Se describen algunos de los cambios en la forma en que percibimos la salud mental a lo largo de la vida y se explora cómo son moldeados por una compleja interacción de determinantes individuales, familiares, comunitarios y estructurales. Se subrayan los principales riesgos y factores de protección para la salud mental, y se indican algunas de las mayores amenazas para la salud mental mundial en la actualidad.



LOS MENSAJES CLAVE DE ESTE CAPÍTULO SON:

- La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental, y es parte integral de nuestro bienestar general.
- La salud mental está determinada por una compleja interacción de estresores y vulnerabilidad individuales, sociales y estructurales.
- La manera en que percibimos la salud mental cambia a lo largo de nuestra vida.
- Las amenazas mundiales a la salud mental actual incluyen: las desigualdades económicas y sociales; emergencias de salud pública (incluida la COVID-19); las emergencias humanitarias (incluidos los conflictos y los desplazamientos forzados), y la crisis climática.
- Toda persona tiene derecho a la salud mental.
- La salud mental es relevante para muchos sectores y partes interesadas.

2.1 Conceptos sobre la salud mental

2.1.1 La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental

La salud mental tiene un valor intrínseco y fundamental para la vida de todas las personas. Influye en cómo pensamos, sentimos y actuamos. Sustenta nuestra capacidad para tomar decisiones, construir relaciones y dar forma al mundo en el que vivimos. La salud mental es también un derecho humano básico y un elemento esencial para el desarrollo personal, comunitario y socioeconómico. Es una parte de nosotros, todo el tiempo, incluso cuando no estamos pensando en ello.

Nuestra salud mental es tan importante como nuestra salud física. Con salud mental, podemos

hacer frente a las dificultades de la vida, ejercer nuestras propias habilidades, aprender y trabajar bien, y contribuir activamente a nuestras comunidades (véase el recuadro 1.1, “Términos relacionado con la salud mental”). La salud mental significa ser más capaces de relacionarnos, desenvolvernos, afrontar dificultades y prosperar (véase la figura 2.1).

Por el contrario, cuando nuestra salud mental se deteriora y no tenemos acceso a un apoyo adecuado, esto puede afectar nuestro bienestar. Una amplia gama de problemas de salud mental puede alterar nuestros pensamientos y sentimientos, cambiar nuestros comportamientos, comprometer nuestra salud física y perturbar nuestras relaciones, educación o medios de vida.

FIG. 2.1

La salud mental tiene un valor intrínseco e instrumental; nos ayuda a relacionarnos, desenvolvernos, afrontar dificultades y prosperar



Un problema de salud mental puede imponer una carga financiera sustancial sobre las personas y los hogares (10). Además, las personas con problemas de salud mental a menudo son estigmatizadas, rechazadas y discriminadas y despojadas de derechos básicos, incluido el acceso a la atención esencial (11). En parte debido a estas actitudes y respuestas, los problemas de salud mental a menudo van de la mano con el aislamiento social, la educación interrumpida o inconclusa, y el desempleo.

La desatención al valor intrínseco e instrumental de la salud mental ocurre a expensas del bienestar individual y familiar, así como de las economías locales y nacionales. Se estima que

cerca del 15% de la población activa mundial tiene un trastorno mental en un momento dado (12). Dado que la salud mental está vinculada a la productividad, el impacto potencial sobre los resultados económicos y la producción es enorme.

La salud mental está vinculada a prácticamente todas las cuestiones clave del desarrollo internacional. Repercute en muchos de los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible que conforman el plan mundial para un futuro mejor y más sostenible para todas las personas, y se ve afectada por ellos (véase el cuadro 4.3). Si no se da prioridad a la salud mental, muchos de estos objetivos serán difíciles de cumplir (13).

TESTIMONIO

Tengo esquizofrenia y tengo bienestar mental

La experiencia de Charlene

Mi vida no está de ninguna manera definida o limitada por el diagnóstico de esquizofrenia. A veces sí tengo algunas dificultades relacionadas con mi diagnóstico o con los efectos secundarios de los medicamentos, pero al estar empoderada y contar con un sistema de apoyo sólido, puedo manejarlas.

Soy un miembro funcional y productivo de la sociedad. Tengo un propósito en la vida y mantengo buenas relaciones con mi familia y mis amistades. Como fundadora y Directora Ejecutiva de Global Mental Health Peer Network (GMHPN), una organización internacional que reúne experiencias propias en el ámbito de la salud mental, realizo

una contribución significativa a la sociedad y la economía. He llevado a GMHPN a sus éxitos desde el inicio y esta ha sido la experiencia más gratificante de mi vida y uno de los elementos clave que ha contribuido a mi salud mental y bienestar.

Tengo la capacidad de reconocer y desarrollar mis fortalezas y aprender de mis debilidades. Soy autosuficiente e independiente. Sé cuándo necesito apoyo y cómo acceder a él. Lo más importante es que tengo bienestar mental. Estoy mentalmente bien. Un diagnóstico de trastorno de salud mental nunca debe ser un precursor para definir el bienestar mental.



Charlene Sunkel, Sudáfrica

2.1.2 La salud mental existe en un proceso continuo

Las categorías diagnósticas en la práctica clínica (y las estadísticas de salud) describen trastornos mentales diferenciados y específicos (véase la sección 5.1.3, “Evidencia para fundamentar las políticas y la práctica”). Esto es cierto a pesar de que la psicopatología tiene múltiples dimensiones, como la ansiedad, el estado de ánimo, la percepción y la interacción social (14).

La salud mental no es un estado binario: no estamos ni mentalmente sanos ni mentalmente enfermos. Antes bien, la salud mental existe en un complejo proceso continuo con experiencias que abarcan desde un estado óptimo de bienestar hasta estados debilitantes de gran sufrimiento y dolor emocional (15). Por lo tanto, la salud mental no se define por la presencia o ausencia de un trastorno mental.

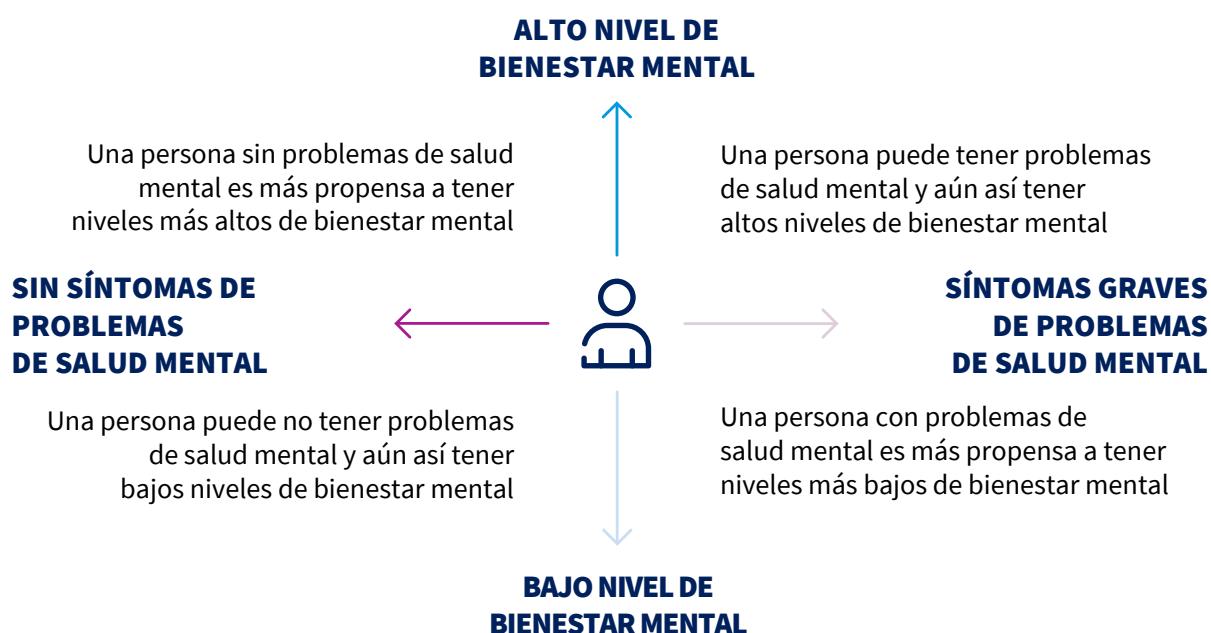
Si bien las personas con problemas de salud mental son más propensas a tener niveles más

bajos de bienestar mental, esto no siempre es así. Así como alguien puede tener un trastorno físico y estar físicamente en forma, las personas pueden tener un problema de salud mental y aun así tener altos niveles de bienestar mental (véase la figura 2.2). Esto puede ser cierto incluso en caso de un diagnóstico de trastorno grave de salud mental (véase la experiencia de Charlene).

En las diferentes dimensiones del proceso continuo, los problemas y desafíos de salud mental se presentan de distintas formas y cada persona los vive de una manera diferente, con diversos grados de dificultad y malestar y resultados sociales y clínicos que pueden ser sumamente dispares. La depresión y la ansiedad, por ejemplo, pueden manifestarse como un corto período de malestar psicológico leve o moderado que dura unas pocas horas, días o semanas, pero también se puede manifestar como un trastorno grave que perdura durante meses o años (16).

FIG. 2.2

The relationship between mental well-being and symptoms of mental health conditions



Fuente: Tudor, 1996 (17).

2.1.3 La salud mental se tiene a lo largo de la vida

La salud mental es fluctuante. En el curso de nuestra vida, donde sea que nos encontremos, el proceso continuo de salud mental fluctuará en respuesta a situaciones cambiantes y estresores (véase la [experiencia de Joanna](#)). En cualquier momento, un conjunto de diversos factores individuales, sociales y estructurales pueden combinarse para proteger o socavar nuestra salud mental y cambiar nuestra posición en el proceso continuo de la salud mental (véase la [sección 2.2, “Determinantes de la salud mental”](#)). Algunos momentos de nuestra vida son más críticos que otros.

"La primera infancia y la niñez marcan la pauta del resto de la vida".

En muchos sentidos, los entornos prenatales, la primera infancia y la niñez pueden marcar la pauta del resto de la vida. La mayoría de los trastornos de salud mental en las personas adultas se inician en la adolescencia. En la primera infancia, un entorno seguro, protegido y cariñoso, con atención receptiva y oportunidades para el aprendizaje temprano establece conexiones neuronales en un momento vital del desarrollo temprano del cerebro (18). Por el contrario, las experiencias adversas durante la primera infancia, incluida la violencia, la desatención o la muerte de un ser querido, pueden alterar el desarrollo temprano del cerebro y comprometer los sistemas nervioso e inmunológico de por vida. La depresión materna puede tener efectos adversos duraderos sobre el desarrollo cerebral infantil.

La adolescencia es otro momento sensible del desarrollo para la salud mental de una persona. Es un período crucial para desarrollar las habilidades sociales y emocionales, los hábitos y las estrategias de afrontamiento que posibilitan la salud mental, incluidos los patrones de sueño saludables, el ejercicio regular, la resolución de problemas y las habilidades interpersonales. Muchos comportamientos de riesgo, como el consumo de sustancias psicoactivas, comienzan durante la adolescencia

y pueden ser particularmente perjudiciales para la salud mental. El suicidio es una de las principales causas de muerte en la población adolescente. En particular, los padres y madres adolescentes a menudo tienen mayor riesgo de tener problemas de salud mental que sus pares.

Incluso en la edad adulta, la formación de una familia puede ser un momento riesgoso en términos de salud mental. Por ejemplo, la depresión y la ansiedad maternas pueden afectar la capacidad de una madre para vincularse con su bebé. En la edad adulta, la vida laboral también puede ser difícil. El desempleo, especialmente la pérdida del empleo, es un factor de riesgo conocido para los intentos de suicidio (19). Además, los entornos de trabajo negativos se asocian con un mayor riesgo de depresión, ansiedad y estrés relacionado con el trabajo (20).

A edades más avanzadas, la salud mental sigue siendo moldeada por las condiciones físicas, sociales y ambientales, así como por los efectos acumulativos de las experiencias de vida anteriores y los factores estresantes específicos relacionados con el envejecimiento. Por ejemplo, la pérdida de la capacidad funcional, el dolor musculoesquelético, el duelo y el aislamiento pueden generar soledad y malestar psicológico. Una de cada seis personas mayores es maltratada, a menudo por sus propios cuidadores, con graves consecuencias para la salud mental (21).

Un enfoque del curso de vida de la salud mental reconoce los riesgos fundamentales y los factores de protección que influyen en cada etapa de la vida, y permite diseñar políticas, planes y servicios para abordar las necesidades de todos los grupos etarios. Permite a las instancias decisorias prestar atención a las etapas críticas, las transiciones y los entornos en los que las intervenciones para promover, proteger y restaurar la salud mental pueden ser especialmente eficaces. Esto incluye, por ejemplo, reforzar la respuesta a las necesidades de salud mental en etapas tempranas de la vida para prevenir problemas crónicos de salud mental más adelante.

TESTIMONIO

Cada paso que doy es una señal de progreso



La experiencia de Joanna

Tener un trastorno mental no es sinónimo de limitación. La sociedad nos obliga a creer, quizás involuntariamente, que no somos capaces de asumir responsabilidades por las crisis a las que a veces nos enfrentamos. A menudo he tratado de borrar esa idea de mi mente, pero solo ahora sé que yo también puedo avanzar, incluso mientras la batalla dentro de mí continúa. Mi recuperación está en marcha. Sé que todavía voy a tener que hacer frente a obstáculos, pero ahora tengo herramientas para superarlos.

No recuerdo cuántos años tenía cuando apareció mi conflicto emocional interno, pero fue hace mucho tiempo. En el 2014 tuve la primera de varias crisis y allí comenzaron las numerosas consultas a profesionales de la psiquiatría y la psicología. Tuve que abandonar la escuela debido a la ansiedad excesiva y los delirios de los que no podía librarme. La medicación me adormecía y no podía concentrarme. Perdí una beca en una universidad importante. Me alejé de amistades y familiares

pensando que los había decepcionado. Me encerré, apenas salía, lloraba todos los días y no tenía fuerzas para levantarme de la cama. La idea de un futuro prometedor se había desvanecido.

Esta es la tercera vez que intento empezar de cero. Creo que no me está yendo tan mal. Me puse el objetivo de volver a estudiar y lo he conseguido. Tengo 25 años y estoy en mi segundo semestre de lingüística, una carrera que realmente me apasiona.

Tengo más metas que cumplir y retos que superar, pero creo que lo importante es no rendirme. Cada paso que doy, incluso los pequeños, es un signo de progreso. Solía preguntarme cuáles eran las razones para continuar en este viaje llamado vida; gracias al apoyo de mi familia, mis amistades y los especialistas en salud mental que me atienden he encontrado la respuesta. Lo que quiero decir es que, aunque no lo parezca, es posible encontrar una salida y habrá gente dispuesta a ayudarte.

Joanna Lovón, Perú

2.1.4 Toda persona tiene derecho a la salud mental

La salud mental es un derecho humano básico para todas las personas. Todas las personas, sin importar quiénes sean ni dónde estén, tienen el derecho inalienable e inherente al más alto

nivel posible de salud mental. Esto incluye:

- el derecho a ser protegidas de los riesgos para la salud mental;
- el derecho a una atención disponible, accesible, aceptable y de buena calidad; y
- el derecho a la libertad, la independencia y la inclusión en la comunidad.

TESTIMONIO

Estar al aire libre es ser feliz

La experiencia de Regina

Mi primera hospitalización fue en la unidad infantil del asilo estatal, a la edad de 14 años. Cuando tenía 18 años me escapé saltando la pared. Con el tiempo conocí todos los hospitales psiquiátricos y todos fueron aterradores. No le desearía ese terror a nadie.

Ahora, gracias a Dios, vivo en la comunidad y puedo moverme libremente. Para todo el mundo, estar al aire libre es ser feliz. Cuando mi mente está vacía salgo a la calle a ver a la gente y hablar con las

personas. Incluso si nunca las he visto antes en mi vida, me detengo y hablo.

Vale la pena vivir en un hogar protegido. Me ha dado muchas cosas buenas: una casa, una cama. En mi vida he pasado frío, me he muerto de hambre, he vivido como una mendiga. Puedo decirles que es horrible. Doy gracias a Dios por haberme enterado del servicio de asistencia para la vida autónoma; de lo contrario no estaría aquí, en esta maravillosa casa.

Regina Célia Freire da Silva, Brasil

Un trastorno de salud mental nunca debe ser una razón para privar a una persona de sus derechos humanos o para excluirla de las decisiones sobre su propia salud. Sin embargo, en todo el mundo, las personas con problemas de salud mental son víctimas de una amplia gama de violaciones de los derechos humanos (22). Muchas son excluidas de la vida comunitaria y discriminadas; se les niegan derechos básicos como la alimentación y vivienda, y se les prohíbe votar o casarse (véase la [sección 4.2.1, “Lucha contra la estigmatización y discriminación”](#)).

Muchas más no pueden acceder a la atención de salud mental que necesitan, o solo pueden acceder a la atención que viola sus derechos humanos. En numerosos lugares, la falta de servicios comunitarios hace que el principal escenario para la atención de la salud mental

sean los hospitales o instituciones psiquiátricas de larga estancia, que a menudo se asocian con violaciones de los derechos humanos.

Mejorar el acceso a la atención de salud mental de calidad es inherente e indivisible de una vida mejor para uno mismo y una vida mejor para todas las personas (véase [la experiencia de Regina](#)). Un enfoque de los servicios de salud mental basado en los derechos humanos protege a las personas en riesgo de violaciones de derechos humanos, apoya a las que tienen problemas de salud mental y promueve la salud mental para todas las personas (23). La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD) se debe aplicar en todo el mundo.



PERSPECTIVA

RECUADRO 2.1.

Cuatro funciones para el sector de la salud

El sector de la salud tiene cuatro funciones clave en apoyo de la salud mental para todas las personas.

Brindar atención. El sector de la salud puede prestar una serie de servicios equitativos y basados en los derechos humanos, en los que no haya discriminación por la edad, el género, la situación socioeconómica, la raza, el origen étnico, la discapacidad o la orientación sexual de la persona. Estos servicios son más útiles cuando se prestan en la comunidad, con los profesionales más adecuados para brindar una atención eficaz dentro de las limitaciones de los recursos humanos y financieros disponibles (véase el capítulo 7, “Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto”).

Promover y prevenir. El sector de la salud puede establecer y abogar por programas de promoción y prevención, en colaboración con otros sectores. Estos programas pueden crear conciencia y aumentar

los conocimientos sobre salud mental, poner fin a la estigmatización y discriminación, y reducir la necesidad de servicios de tratamiento y recuperación (véase el capítulo 6, “Promoción y prevención para el cambio en la salud mental”).

Trabajar en asociación. El sector de la salud puede asociarse con todas las partes interesadas, el gobierno, la sociedad civil, el sector privado y, especialmente, las personas con experiencia propia, con el fin de garantizar un apoyo multisectorial, inclusivo y centrado en las personas a quienes tienen problemas de salud mental.

Apoyar iniciativas relacionadas. El sector de la salud puede colaborar y abogar por que se aborden los riesgos estructurales y los factores de protección que influyen en la salud mental: las condiciones en las que las personas nacen y viven. Esto puede promover un enfoque de salud mental de todo el gobierno y toda la sociedad y contribuir a que se adopte.

2.1.5 La salud mental es responsabilidad de todas las personas

El sector de la salud desempeña múltiples funciones de apoyo a la salud mental de la población (véase el recuadro 2.1, “Cuatro funciones para el sector de la salud”), pero también lo hacen una amplia gama de otros sectores y partes interesadas.

Dado que los determinantes subyacentes de la salud mental son de naturaleza multisectorial

(véase la sección 2.2, “Determinantes de la salud mental”), las intervenciones para promover y proteger la salud mental también se deben realizar en múltiples sectores, incluidos los de salud, atención social, vivienda y educación; los servicios para la infancia y la juventud; las empresas, la justicia penal; el sector voluntario, el sector privado y el de la asistencia humanitaria.

Cuando se trata de brindar atención, se necesita un enfoque igualmente multisectorial y colaborativo. Esto se debe a que el apoyo eficaz para las personas con trastornos de salud mental a menudo



se extiende más allá de la atención clínica adecuada (generalmente brindada a través del sector de la salud) para incluir también, por ejemplo:

- apoyo financiero (a través del sector social);
- un lugar para vivir (a través del sector de la vivienda);
- un empleo (a través del sector del empleo);
- apoyo educativo (a través del sector de la educación);
- apoyo comunitario (a través del sector de asuntos sociales), y
- diferentes protecciones legales (a través del sector judicial).

Así como son necesarios múltiples sectores gubernamentales, muchas otras partes interesadas deben participar en la promoción, la protección y el apoyo a la salud mental, desde los responsables de las de políticas hasta los profesionales y las personas con experiencia propia y sus familias. Las organizaciones no gubernamentales, las redes de compañeros o pares, las personas que practican la medicina tradicional, las organizaciones

religiosas y otras también tienen un papel crucial que desempeñar. Según las circunstancias y los objetivos, las funciones de estas partes interesadas pueden ir de la promoción y el activismo a la prestación de servicios y apoyo. El trabajo en asociación de los sectores público y privado puede ser una forma eficaz de aumentar el alcance y los recursos de los programas de colaboración.

Las personas con experiencia propia son partes interesadas fundamentales en la salud mental. Su participación es vital para mejorar los sistemas, servicios y resultados de salud mental (24). Dicha participación incluye el pleno empoderamiento y la participación en la promoción de la salud mental, las políticas, la planificación, la legislación, el diseño de programas, la prestación de servicios, la supervisión, la investigación y la evaluación (25) (para más información sobre el papel de las personas con experiencia propia, véase el apartado “Primer plano: Involucrar y empoderar a las personas con experiencia propia” en el capítulo 4).

2.2 Determinantes de la salud mental

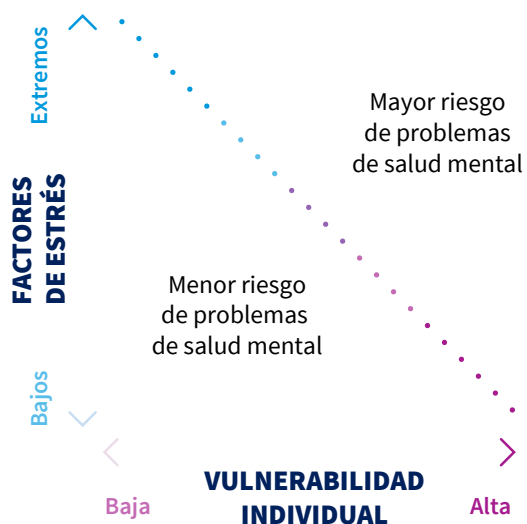
Nuestra salud mental difiere mucho según las circunstancias en las que nacemos, nos criamos y vivimos (26). Esto se debe a que la salud mental está determinada por una compleja interacción de factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales que varían en el tiempo y el espacio, y que cada persona vive de manera diferente (27). Los problemas de salud mental son el resultado de la interacción entre la vulnerabilidad de una persona y el estrés causado por los eventos de la vida y los estresores crónicos (véase la figura 2.3) (28).

2.2.1 Esferas de influencia

Los factores psicológicos y biológicos individuales se relacionan con las habilidades y los hábitos intrínsecos y aprendidos de las personas para lidiar con las emociones y participar en relaciones interpersonales, actividades y responsabilidades. En la vulnerabilidad de una persona a los problemas de salud mental influyen factores psicológicos (por ejemplo, factores cognitivos e interpersonales) y factores biológicos. La vulnerabilidad biológica incluye aspectos genéticos, pero también, por ejemplo, el consumo de cannabis

FIG. 2.3

Cuando las vulnerabilidades individuales interactúan con los factores de estrés pueden conducir a problemas de salud mental



de alta potencia, el consumo de sustancias psicoactivas por parte de la madre y la privación de oxígeno al nacer. La salud cerebral es un determinante importante porque la estructura y la función del cerebro intervienen en muchos de los factores de riesgo o protectores que afectan la salud mental (29). La salud mental de una persona también depende de los estresores que haya en su vida, sobre los cuales influyen factores familiares, comunitarios y estructurales del entorno.

La familia y la comunidad son el entorno inmediato de una persona, lo que incluye sus oportunidades para relacionarse con parejas, familiares, amistades o colegas, ganarse la vida y participar en actividades significativas, y también las circunstancias sociales y económicas en las que se encuentran. Los comportamientos y actitudes de los progenitores son particularmente influyentes, especialmente desde la lactancia hasta la adolescencia, al igual que la salud mental de los progenitores. Se sabe que la crianza severa y el castigo corporal socavan la salud mental infantil, lo que a menudo conduce a problemas de

comportamiento (30). La intimidación (*bullying*) ha sido señalada como el principal factor de riesgo de problemas de salud mental en el estudio sobre la carga mundial de enfermedades, traumatismos y factores de riesgo correspondiente al 2019 (31). Los mecanismos y las instituciones sociales locales, como el acceso a la educación preescolar, a las escuelas de calidad y al empleo, aumentan o disminuyen considerablemente las oportunidades que, a su vez, empoderan a cada persona para elegir su propio camino en la vida. Las oportunidades limitadas o perdidas pueden ser perjudiciales para la salud mental.

Los factores estructurales se relacionan con el entorno sociocultural, geopolítico y ambiental más amplio de las personas, como la infraestructura, la desigualdad, la estabilidad social y la calidad ambiental. Estos factores moldean las condiciones de la vida diaria. El acceso a los servicios básicos y artículos de primera necesidad, incluidos los alimentos, el agua, la vivienda y la salud, así como el estado de derecho, es importante para la salud mental. También lo son las políticas sociales y económicas nacionales: las restricciones impuestas durante la pandemia de COVID-19, por ejemplo, tuvieron consecuencias considerables para la salud mental de muchas personas, entre otras cosas por el estrés, la ansiedad o la depresión derivados del aislamiento social, la desconexión y la incertidumbre sobre el futuro (véase el apartado “[Primer plano: La COVID-19 y la salud mental](#)”). La seguridad y la protección son factores estructurales importantes. Las creencias, normas y valores prevalecientes, especialmente en relación con el género, la raza y la sexualidad, también pueden ser enormemente influyentes. Los legados históricos del colonialismo influyen sobre múltiples factores estructurales en numerosos países, al igual que las crisis climática y ecológica (véase la [sección 2.3.4, “Crisis climática”](#)).

La salud mental está determinada por una compleja interacción de factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales.



Juntos, los factores individuales, familiares, comunitarios y estructurales determinan nuestra salud mental. Es importante destacar que estos determinantes interactúan entre sí de una manera dinámica. Por ejemplo, la autoestima de una persona puede aumentar o disminuir según el apoyo social y la seguridad económica en el hogar, lo que a su vez puede depender de la estabilidad política, la justicia social y el crecimiento económico de un país.

A pesar de que los determinantes biológicos y sociales de la salud mental influyen enormemente, las personas son más que su biología y el entorno externo. Los factores psicológicos individuales, como se describió anteriormente, también juegan un papel, y las personas tienen opciones y cierto grado de control sobre su existencia, incluso cuando estas elecciones puedan ser muy limitadas para aquellas personas que viven en condiciones extremadamente adversas (32).

Es importante destacar que cada determinante individual tiene una capacidad predictiva limitada (33). La mayoría de las personas en situación de riesgo no desarrollarán problemas de salud mental y muchas personas sin factores de riesgo conocidos desarrollarán alguno. No obstante, en todas estas esferas de influencia, los determinantes de la salud mental en interacción pueden actuar para mejorar o socavar la salud mental (véase la figura 2.4).

2.2.2 Los riesgos socavan la salud mental

Aunque la mayoría de las personas tiene un grado de resiliencia notable, las que están más expuestas a circunstancias desfavorables corren un mayor riesgo de tener problemas de salud mental (34). En este contexto, los conflictos, los brotes de enfermedades, la injusticia social, la discriminación y las desventajas son riesgos en un nivel macro que en muchos casos pueden dar lugar a nuevos problemas de salud mental y, en otros, exacerbar los problemas

de salud mental existentes (véase la sección 2.3, “Amenazas mundiales a la salud mental”).

La adversidad es uno de los factores de riesgo que más influye en la salud mental y la perjudica.

Los riesgos individuales, familiares, comunitarios y estructurales pueden manifestarse en todas las etapas de la vida, pero los que sobrevienen en los períodos sensibles del desarrollo son particularmente perjudiciales y, a menudo, continúan afectando la salud mental durante años o incluso décadas (véase la sección 2.1.3, “La salud mental a lo largo de la vida”).

Los niños y las niñas con problemas de salud mental y deficiencias cognitivas tienen cuatro veces más probabilidades de ser víctimas de violencia que otros (37). A nivel mundial, más de la mitad de la población de 2 a 17 años (alrededor de mil millones de personas) fue víctima de violencia emocional, física o sexual en el año anterior (38). Las experiencias adversas en la infancia, incluida la exposición a la violencia, aumentan el riesgo de una amplia variedad de problemas de comportamiento y trastornos de salud mental, desde el consumo de sustancias psicoactivas y la agresión hasta la depresión, la ansiedad y el trastorno de estrés postraumático (TEPT) (39, 40).

De hecho, en todas las edades y etapas de la vida, la adversidad, incluida la pobreza, la violencia, la desigualdad y la degradación del medioambiente, es un riesgo para la salud mental. Las personas que viven en condiciones adversas, como las zonas de guerra, tienen más problemas de salud mental que otras personas (41).

En muchos países, la falta de seguridad respecto de la tenencia de la tierra que enfrentan los pueblos indígenas los torna particularmente vulnerables a las adquisiciones de tierras y la explotación de los recursos, lo que genera condiciones sociales, económicas y ambientales adversas que aumentan los riesgos para la salud mental (42).

Vivir en zonas en las que el medio natural ha sido dañado, por ejemplo, por el cambio climático, la pérdida de biodiversidad y del hábitat, la explotación o la contaminación, también puede socavar la salud mental. Por ejemplo, hay cada vez más evidencia que sugiere que es probable que la exposición a la contaminación del aire afecte negativamente al cerebro y aumente el riesgo, la gravedad y la duración de los problemas de salud mental en todas las etapas de la vida (43, 44).

El género, el grupo étnico y el lugar de residencia pueden afectar nuestras posibilidades de tener un problema de salud mental. Las mujeres tienden a estar en condiciones socioeconómicas más desfavorables que los hombres, y también es más probable que estén expuestas a la violencia de pareja y a la violencia sexual en la comunidad, que son fuertes factores de riesgo para una serie de problemas de salud mental, especialmente el TEPT (véase la [experiencia de Lion](#)) (45). El racismo o la discriminación contra un determinado grupo de la sociedad aumenta el riesgo de exclusión social y adversidad económica, factores que socavan la salud mental (46).

Los grupos socialmente marginados, incluidas las personas desempleadas durante mucho tiempo, los trabajadores y las trabajadoras sexuales, las personas sin hogar y las personas refugiadas, tienden a tener tasas más altas de trastornos mentales que la población general, pero pueden tener dificultades para acceder a la atención médica (47). Otros grupos marginados, incluidas las minorías sexuales y los pueblos indígenas, también corren un mayor riesgo de depresión, ansiedad, intentos de suicidio o suicidios y problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas (48). A ellos también les puede resultar difícil acceder a los servicios de salud mental que necesitan (véase la [experiencia de Kat en el capítulo 4](#)).

El círculo vicioso de la desventaja

Los problemas de salud mental están estrechamente vinculados a la pobreza en un círculo

vicioso de desventajas. La desventaja comienza antes del nacimiento y se acumula a lo largo de la vida (36). Las personas que viven en la pobreza posiblemente no tengan los recursos financieros necesarios para mantener un nivel de vida básico, tienen menos oportunidades educativas y de empleo, están más expuestas a entornos adversos, y tienen menos capacidad de acceder a una atención médica de calidad. Estas tensiones diarias ponen a las personas que viven en la pobreza en mayor riesgo de tener problemas de salud mental.

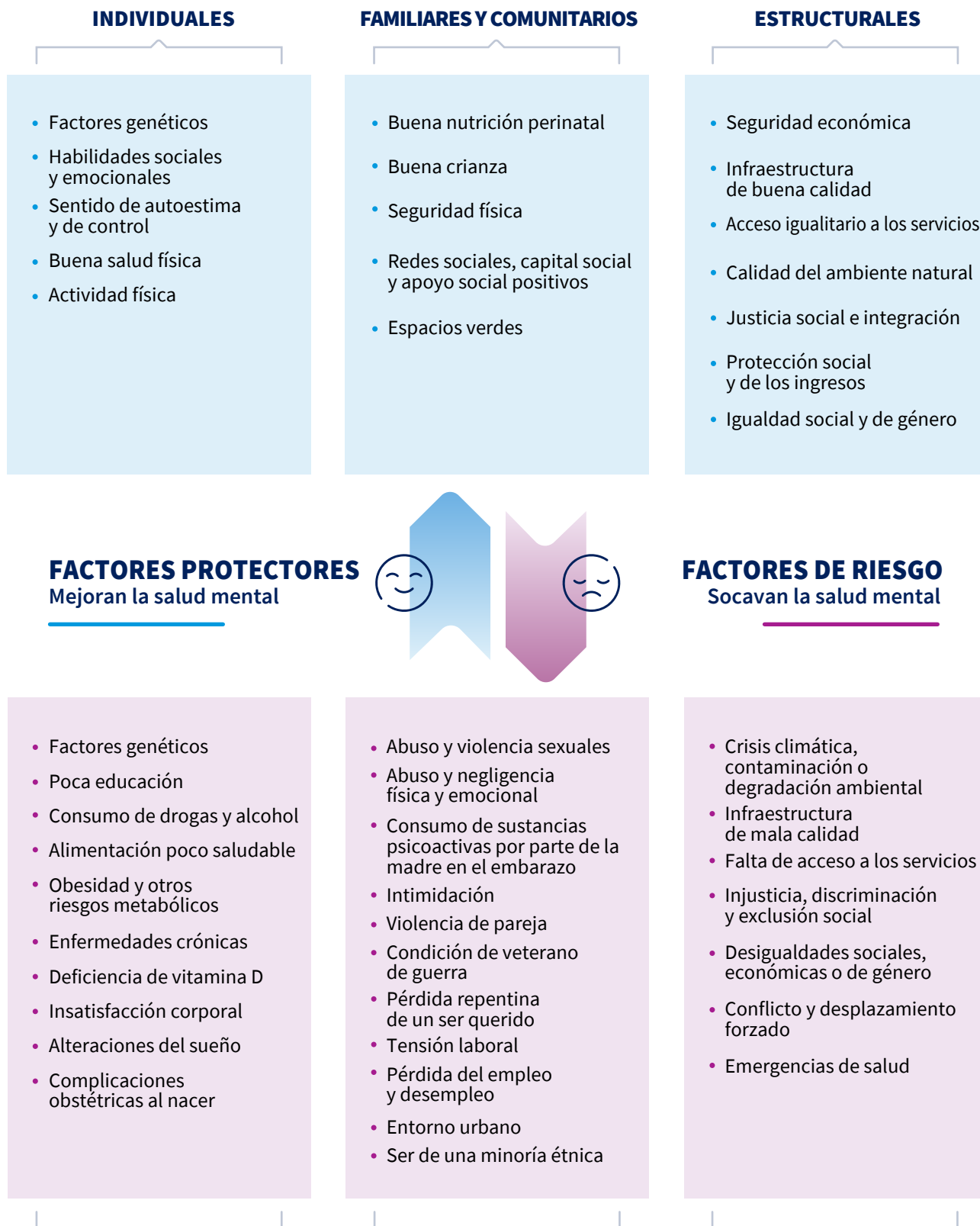
Del mismo modo, las personas con problemas graves de salud mental tienen más probabilidades de caer en la pobreza por la pérdida del empleo y el aumento de los gastos médicos. La estigmatización y discriminación también pueden socavar su estructura de apoyo social. Son vulnerables a una espiral descendente de pérdida de recursos y exclusión social que puede empeorar los problemas de salud mental existentes y aumentar el riesgo de consumo de sustancias psicoactivas, crianza deficiente de los hijos o fracaso escolar. Esto luego refuerza el círculo vicioso de la pobreza y los problemas de salud mental (véase la [figura 2.5](#)).

En parte, el acceso a la protección social y a servicios de salud de calidad influye sobre la posibilidad de que alguien tenga problemas de salud mental o caiga en la pobreza, por cuánto tiempo y si puede encontrar, o no, una vía de salida (49). Es fundamental integrar la salud mental en la cobertura universal de salud, de modo que todas las personas puedan acceder a los servicios de salud mental que necesitan sin que esto les genere dificultades financieras (véase la [sección 5.3, “Financiamiento de la salud mental”](#)).

Más del 80% de las personas con trastornos mentales vive en países de ingresos bajos y medianos, en los que el círculo vicioso de la salud mental y la pobreza es particularmente frecuente debido a la falta de redes de seguridad social y de acceso a un tratamiento eficaz (50, 51).

FIG. 2.4

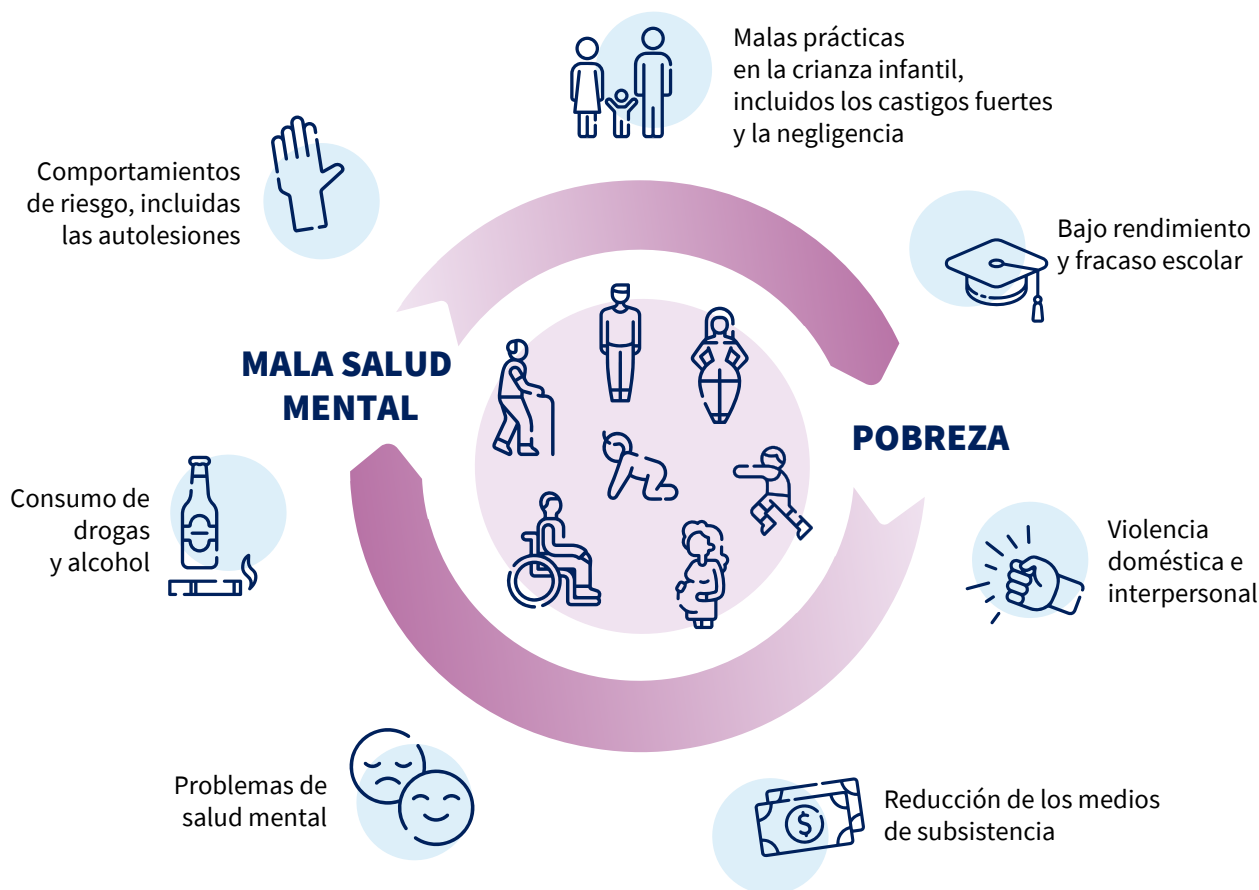
Ejemplos de factores de riesgo y factores protectores que determinan la salud mental



Fuentes: OMS, 2012 (35); Arango et al, 2021 (36).

FIG. 2.5

El círculo vicioso de la pobreza y la mala salud mental empeora los problemas de salud mental



2.2.3 Los factores de protección promueven la resiliencia

Así como los riesgos para la salud mental abarcan múltiples esferas de la vida, también lo hacen los factores de protección.

Nuestras habilidades, atributos y hábitos sociales y emocionales, que se establecen durante nuestros años formativos, son fundamentales

para que seamos capaces de lidiar con el estrés y las elecciones diarias de la vida. Son factores de protección clave para la salud mental.

Los factores familiares y comunitarios también pueden influir en el sostén de la salud mental. Los factores de protección en estos niveles incluyen interacciones familiares positivas, educación de calidad, condiciones de trabajo decentes, vecindarios seguros, cohesión comunitaria y significado e identidad cultural compartidos (52).



La crianza cariñosa y comprensiva puede ayudar a proteger a las personas contra los problemas de salud mental (18). El apoyo de las familias y los cuidadores es importante a cualquier edad y puede ser un verdadero facilitador de la recuperación para las personas con problemas de salud mental (véase la experiencia de Eleni en el capítulo 7).

Los factores de protección incluyen prácticas de crianza positivas, educación y empleo de calidad, vecindarios seguros y cohesión comunitaria.

En la edad adulta, las condiciones de trabajo decentes son particularmente importantes para la salud mental. En el caso de las personas con esquizofrenia o trastorno bipolar, el empleo puede ser una enorme fuente de estrés, pero también puede promover la recuperación y se asocia con una mejor autoestima, un mejor funcionamiento social y una mayor calidad de vida (53, 54). También se ha demostrado que el empleo reduce los síntomas de depresión y ansiedad, mientras que el desempleo es un factor de riesgo conocido para los intentos de suicidio (19).

Los entornos locales, tanto contruidos como naturales, son importantes. Los vecindarios seguros que permiten pasear y ofrecen oportunidades de ocio se asocian con menos casos de depresión y abuso de alcohol (52). El acceso a espacios verdes y azules, incluidos los parques de la ciudad, los bosques, los parques infantiles, los ríos, los arroyos y las playas, también está relacionado con una mejor salud mental, con efectos beneficiosos sobre el estrés percibido, la gravedad de los síntomas y los resultados

restitutivos a corto y largo plazo (55).

En todo el mundo, hay un progreso notable en la redefinición de los factores estructurales que protegen la salud mental. Por ejemplo, los mandatos mundiales formales relativos a la salud y los derechos humanos deben funcionar como factores estructurales de protección. Del mismo modo, una mayor democracia y el acceso equitativo a la justicia, la reducción de la pobreza y una mayor aceptación de la diversidad son tendencias mundiales importantes que avanzan hacia una mejor salud mental. En la encuesta mundial de la OMS sobre la salud mental se observó que las diferencias de género en las tasas de depresión se estaban reduciendo en los países a medida que se avanzaba en la igualdad de roles de mujeres y hombres (56).

En todos los niveles, desde el individual hasta el estructural, los factores de protección mejoran la resiliencia de las personas. Pueden ser un medio para promover y proteger la salud mental, tanto dentro como fuera del sector de la salud (véase el capítulo 6, “Promoción y prevención para el cambio en la salud mental”).

La Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad ha sido ratificada por **184 países.**

TESTIMONIO

Nadie me dijo que yo era básicamente una superheroína

La experiencia de Lion



Soy sobreviviente de abuso sexual prolongado. Mi vida se ha desmoronado dos veces: la primera vez fue cuando fui víctima de abuso y partes de mí se separaron de mí para sobrevivir; la segunda vez fue mucho más tarde cuando ya no podía seguir ignorando por lo que había pasado y tuve una crisis de salud mental.

Es difícil describir lo confuso que es crecer en medio del dolor y el sufrimiento constantes. Me sentía bien cuando las cosas iban mal, y preocupada y aterrorizada cuando las cosas iban bien. A veces necesitaba pequeñas dosis de dolor porque la abstinencia era insoportable. Vivir con la expectativa de que el abuso volverá a ocurrir pronto significa vivir en un estado de estimulación sensorial extrema.

Conocí bastantes terapeutas y expertos en rehabilitación. No me diagnosticaron trauma, a pesar de que conté parte de lo que me había pasado y, como era de esperar, la terapia no ayudó en lo más mínimo. Recuerdo haber dicho una y otra vez que me sentía separada de mí misma, que todo lo que estaba tratando de hacer era desprenderme de mí y, sin embargo, nadie me habló sobre la disociación y las consecuencias del trauma.

Los terapeutas interpretaron que todo lo que hacía se derivaba de mis trastornos. Me dijeron que si no hacía exactamente lo que ellos me decían, no podría salir adelante. Me dijeron que solo necesitaba ceder; pero ceder también era lo que mi violador me había pedido que hiciera.

Nadie me dijo que yo era básicamente una superheroína... que mi crisis mostraba que me había estado guardando el infierno por el que había pasado durante demasiado tiempo.

Finalmente, me puse en contacto con un especialista en trauma, que hizo una evaluación completa y me diagnosticó un trastorno de identidad disociativo relacionado con el trauma. Este diagnóstico, que toma en cuenta las repercusiones del trauma infantil, me proporcionó la definición y el reconocimiento que tanto deseaba y, lo que es más importante, el tratamiento adecuado.

Mi terapeuta me dijo que él era un experto en lo externo y yo era una experta en lo interno, y que si trabajábamos juntos como socios para mi recuperación, tendríamos éxito. Recientemente se cumplieron diez años de esta asociación terapéutica, y es una de las relaciones más largas, beneficiosas y seguras que he tenido. Es gracias a esta asociación que estoy aquí hoy.

Ahora trabajo como experta entre pares, coach de salud personal y defensora para la experiencia propia. Soy la jefa del departamento de experiencia propia en Enosh, la asociación israelí de salud mental, y estoy orgullosa de ser parte de un grupo de personas únicas y poderosas que contribuyen a ejercer una gran influencia en las transformaciones del sistema de salud mental de mi país.

Espero que en el futuro, las personas sobrevivientes que quieran recuperarse de las experiencias terribles por las que han pasado sean tratadas como héroes, como seres que han pasado por experiencias humanas extremas y que merecen compasión, respeto y valoración. Continuaré allanando este camino, para que el conocimiento basado en la experiencia personal pueda algún día liderar los futuros sistemas de salud del mundo.

Lion Gai Meir, Israel

2.3 Amenazas mundiales a la salud mental

Las amenazas mundiales a la salud mental son los principales estresores estructurales y pueden retrasar la progresión mundial hacia una mejora del bienestar. Afectan a la población entera y, por lo tanto, pueden socavar la salud mental de un gran número de personas (42).

Las principales amenazas en la actualidad son las recesiones económicas y la polarización social, las emergencias de salud pública, las emergencias humanitarias generalizadas y el desplazamiento forzado, y la creciente crisis climática.

Algunas amenazas mundiales han surgido muy rápido y son recientes, como la pandemia de COVID 19 (véase el apartado “Primer plano: La COVID 19 y la salud mental”). Otras han ido cobrando importancia más lentamente.

Al igual que otros determinantes estructurales, muchas de las amenazas mundiales a la salud mental interactúan entre sí. Por ejemplo, la crisis climática puede provocar una emergencia humanitaria que a su vez puede hacer que se desplacen muchas personas. Asimismo, las emergencias humanitarias pueden generar una recesión económica que obligue al desplazamiento, lo que a su vez puede aumentar la polarización social.

En conjunto, las amenazas mundiales aumentan el riesgo y agravan la carga de los problemas de salud mental en todo el mundo.

2.3.1 Desigualdad económica y social

Las crisis económicas se asocian con aumentos de las tasas de suicidio (57). También aumentan

el riesgo de depresión, ansiedad y consumo de alcohol, probablemente por sus efectos perjudiciales sobre el empleo, los ingresos, la seguridad y las redes sociales (52).

Se ha observado que en los países con mayor desigualdad de ingresos y polarización social la prevalencia de esquizofrenia, depresión, ansiedad y consumo de sustancias psicoactivas es más alta (52). En todos los casos, los grupos más pobres son los más golpeados.

Las crisis económicas se asocian al aumento de los suicidios.

En Estados Unidos, después de la crisis económica del 2008, las "muertes por desesperación" aumentaron en la población en edad laboral. El suicidio y la mortalidad relacionada con el consumo de sustancias psicoactivas fueron la causa de muchas de estas muertes, que se han explicado por la pérdida de la esperanza debido al desempleo, el aumento de la desigualdad y la disminución del apoyo de la comunidad (58).

La pandemia de COVID-19 ha amplificado las desigualdades existentes y ha acentuado el gradiente social de la salud mental en muchos países (véase el apartado “Primer plano: La COVID 19 y la salud mental”).

2.3.2 Emergencias de salud pública

Las emergencias de salud pública pueden tener efectos profundos y duraderos sobre la salud mental de las personas, ya sea exacerbando trastornos preexistentes o provocando otros nuevos. También pueden afectar la

infraestructura clave, interrumpir los servicios y suministros básicos, y dificultar la prestación de la atención formal de salud mental de las personas afectadas. La pandemia de COVID 19 es el ejemplo mundial más destacado y ha afectado gravemente la salud mental de las personas en todo el mundo (véase el apartado “Primer plano: La COVID-19 y la salud mental”).

La investigación sobre la epidemia de ébola del 2013 al 2016 en África Occidental mostró efectos psicosociales y de salud mental agudos y a largo plazo en numerosas personas (59):

- El miedo al virus puede causar ansiedad aguda y malestar psicológico.
- El duelo por la pérdida de seres queridos a causa del virus puede durar mucho tiempo.
- Las personas sobrevivientes y el personal de salud que las ha atendido a menudo tienen que hacer frente a la estigmatización y la discriminación extremas.

- El aislamiento físico de las personas y comunidades expuestas aumenta el riesgo de repercusiones psicosociales.
- Los brotes, y la respuesta a ellos, pueden romper los sistemas de apoyo locales, agotar los recursos de adaptación de las personas, fracturar las comunidades y socavar la confianza en los servicios de salud.
- Muchas personas sobrevivientes desarrollan problemas de salud mental, como ansiedad y trastornos del estado de ánimo.

Algunas enfermedades infecciosas se asocian con complicaciones neurológicas que afectan la salud mental de las personas. Por ejemplo, la infección por el virus del Zika puede provocar el síndrome congénito del virus del Zika y el síndrome de Guillain-Barré (60). La COVID 19 también se asocia con una variedad de manifestaciones neurológicas (61).



La COVID-19 y la salud mental

La pandemia de COVID-19 se convirtió rápidamente en una de las mayores crisis mundiales en generaciones. Ha tenido repercusiones graves y de largo alcance para los sistemas de salud, las economías y las sociedades. Innumerables personas han muerto o perdido sus medios de vida. Las familias y las comunidades han sido puestas a prueba y separadas. La población infantil, adolescente y joven de todos los países ha perdido en términos de aprendizaje y socialización. Las empresas han quebrado. Millones de personas han caído por debajo del umbral de la pobreza (62).

La salud mental se ha visto ampliamente afectada. Las diferentes olas de COVID 19 provocaron un aumento de la ansiedad en muchos de nosotros; pero en algunos la pandemia ha provocado o amplificado problemas de salud mental mucho más graves.

Al mismo tiempo, los servicios de salud mental se han visto seriamente afectados, en particular en el primer año de la pandemia. Con frecuencia, el personal y los recursos se reasignaban a servicios relacionados con la COVID 19. Las medidas sociales con frecuencia impedían que las personas accedieran a la atención y, en muchos casos, el miedo al virus impedía que las personas buscaran ayuda. A principios del 2022 hubo menos inconvenientes, pero demasiadas personas aún no pudieron obtener el apoyo de salud mental que necesitaban.

Por supuesto, en algunos lugares y circunstancias las personas se han visto más afectadas que en otros. A medida que la pandemia evolucionó, las medidas nacionales de salud pública cambiaron, al igual que los estresores y las repercusiones en la salud mental. Los efectos durante las primeras etapas, cuando la enorme incertidumbre y las altas tasas de mortalidad alimentaron el miedo y el malestar psicológico generalizados, fueron bastante diferentes de los observados durante las etapas posteriores, en las que el aislamiento y la fatiga se convirtieron en las mayores amenazas para el bienestar.

En las secciones a continuación se describen el impacto de la pandemia en la salud mental y los servicios de salud mental, y se resumen las recomendaciones para la respuesta.



TESTIMONIO

El impacto de la COVID-19 sobre la salud mental no se puede tomar a la ligera



La experiencia de Esenam

Vivo con trastorno bipolar en Ghana, donde la pandemia de COVID-19 ha sido un factor de estrés sin precedentes para la salud mental de muchas personas. Tengo muchas amistades que tuvieron recaídas de su problema de salud mental debido al aumento de los niveles de temor y pánico. Era casi como si el miedo fuera contagioso.

En Ghana, muchísimas personas, incluido el personal de salud, las personas con COVID-19, niños, niñas, mujeres, jóvenes y personas mayores están sintiendo malestar psicológico y tienen síntomas de problemas de salud mental como resultado de la pandemia.

La mayoría de las personas tiene miedo de buscar ayuda porque piensa que si va al hospital

podría terminar contrayendo COVID-19 debido al modo de transmisión y contagio insidiosos del virus. Yo misma dejé de ir a la clínica para terapia durante todo un año, en parte debido a este miedo. También estaba desempleada en ese momento y no tenía los recursos para el tratamiento, pero mis padres, que son jubilados, se las arreglaron para asegurarse de que mis medicamentos siempre estuvieran.

He tenido el privilegio de tener un buen sistema de apoyo, pero no ha sido así para los demás. Algunas personas no podían pagar el tratamiento. Fue y sigue siendo un momento muy difícil para mucha gente. El impacto de la COVID-19 sobre la salud mental no se puede subestimar. No se puede tomar a la ligera.

Esenam Abra Drah, Ghana

Estresores en el ámbito de la salud mental

La pandemia de COVID-19 ha creado varios estresores a corto o largo plazo para la salud mental (63).

Estrés por los posibles efectos del virus sobre la salud. En algunas personas, especialmente durante los primeros meses, cuando se sabía poco sobre el virus y había estrictas medidas sociales y de salud pública, el miedo a la infección y la muerte (tanto la

propia como la de seres queridos) provocaba malestar psicológico (véase la experiencia de Esenam). En ese momento, el duelo podía ser particularmente angustiante porque los procesos normales de duelo y los ritos funerarios se interrumpieron (64). A lo largo de la pandemia algunas personas tuvieron que hacer frente a grandes adversidades: enfermarse gravemente; tener trastornos como consecuencia de la COVID 19 o ser testigos del sufrimiento y la muerte, que, como cualquier adversidad, pueden tener efectos sobre la salud mental.

Estrés por las medidas sociales y de salud pública.

Las cuarentenas nacionales y locales y las medidas de distanciamiento físico impuestas para proteger la salud de las personas también reducen las conexiones sociales y el apoyo diario que contribuyen a la salud mental. Estas medidas hicieron que muchas personas se aislaran, se sintieran solas, aburridas o indefensas. Tensaron las relaciones o afectaron el funcionamiento familiar, lo que llevó a la ira y la agresión contra niños y niñas, parejas y miembros de la familia (65). Para algunas personas perder o cambiar las rutinas ha sido muy estresante, especialmente para las personas mayores, los niños y las niñas, y las personas con discapacidades de aprendizaje o del desarrollo. Del mismo modo, las interrupciones de los servicios de salud mental han generado malestar psicológico en las personas que necesitan tratamiento y apoyo.

Estrés por el desempleo y la inseguridad financiera.

El desempleo, la pobreza y la adversidad son factores de riesgo conocidos para los trastornos de salud mental (véase la [sección 2.2.2](#), “[Los riesgos socavan la salud mental](#)”). A principios del 2020, una aguda recesión mundial dejó a millones de personas sin empleo y provocó un aumento sin precedentes de la pobreza extrema (62). La recuperación ha sido lenta. En el 2022 (al momento de redactar este informe), la pandemia seguía afectando a los mercados laborales, el aumento de la pobreza se prolongaba y el desempleo mundial se mantenía por encima de los niveles anteriores a la pandemia (63).

Estrés por la información falsa y la incertidumbre.

Al comienzo de la pandemia, el escaso conocimiento, los rumores y la información errónea sobre el virus alimentaron los temores y las preocupaciones. La amplia cobertura mediática de la enfermedad, la muerte y las tragedias han contribuido aún más al malestar psicológico de la población. La “infodemia” de COVID 19 ha seguido difundiendo información incorrecta, incluida la desinformación intencional, con capacidad de socavar la salud física y mental (66).

Malestar psicológico

Muchas personas han demostrado ser resistentes a los estresores nuevos y la vulnerabilidad que ha generado la COVID-19. Han informado mecanismos saludables para hacerles frente vinculados a actividades al aire libre y espacios verdes o al contacto regular con amistades y familiares y al apoyo comunitario informal, por ejemplo (67).

Sin embargo, así como ha habido una gran resiliencia, un importante número de personas han informado sobre problemas de salud mental desde que comenzó la pandemia, incluidos el malestar psicológico y los síntomas de depresión, ansiedad o estrés postraumático. Las personas pueden recurrir a mecanismos de afrontamiento negativos, incluido el consumo de alcohol, drogas y tabaco y dedicar más tiempo a los comportamientos adictivos, como los juegos de azar o los juegos en línea. Todo esto agrava los riesgos para la salud mental (63).

Como parte del estudio de carga mundial de enfermedades, traumatismos y factores de riesgo correspondiente al 2020, los investigadores estimaron un aumento del 25% al 27% en la prevalencia de la depresión y la ansiedad en el primer año de la pandemia (véase el [recuadro 3.2](#), “[Depresión y ansiedad en tiempos de la COVID 19](#)”) (68). Una reciente revisión general de la OMS confirmó un aumento significativo de estos trastornos, especialmente durante los primeros meses de la pandemia (69).

Desde el principio preocupó que las tasas de suicidio también aumentarían a medida que aumentaban los factores de riesgo, y debido al vínculo ampliamente reconocido entre los comportamientos suicidas y las dificultades económicas, pero los informes iniciales no han sido concluyentes: algunos mostraron un aumento y otros una caída (69). Sin embargo, generalmente hay un retraso considerable entre la recopilación y la publicación de estadísticas nacionales de



suicidio, por lo que los primeros datos que muestran tasas estables no confirman que el comportamiento suicida no sea un problema.

De hecho, ha habido signos preocupantes de mayor generalización de pensamientos y comportamientos suicidas. Por ejemplo, hay indicios de un aumento de las autolesiones en las adolescentes y un aumento de las ideas suicidas en el personal de salud (69). El aumento de los pensamientos y comportamientos suicidas fue impulsado por el escaso apoyo social, el agotamiento físico y mental, la mala salud física, los trastornos del sueño, el aislamiento, la soledad y las dificultades relacionadas con la salud mental.

Vulnerabilidad variable

Los efectos de la pandemia en la salud mental se sienten de manera desigual en la sociedad, con algunos grupos de personas mucho más afectados que otros. La pandemia ha exacerbado las desigualdades sociales y de salud. La vulnerabilidad varía según el contexto, pero los grupos que a menudo han estado en mayor riesgo de resultados adversos de salud mental incluyen a la población joven, las mujeres, las personas con enfermedades preexistentes, las personas de comunidades étnicas minoritarias y las personas desfavorecidas socioeconómicamente. Muchas de estas características pueden superponerse.

Los estudios muestran que las personas más jóvenes se han visto más afectadas que las personas mayores (69). Los cierres prolongados de escuelas y universidades alteraron las rutinas y las conexiones sociales, lo que significa que la población joven perdió en términos de aprendizaje y experiencias esperables para un desarrollo sano. La desorganización y el aislamiento pueden alimentar sentimientos de ansiedad, incertidumbre y soledad, y pueden conducir a problemas afectivos y de comportamiento (70). Para algunos niños, niñas y adolescentes, es probable que el hecho de

verse forzados a quedarse en casa haya aumentado el riesgo de estrés o abuso familiar, que son factores de riesgo conocidos para problemas de salud mental.

Los estudios también muestran que las mujeres se han visto más afectadas que los hombres (68). Eran, y siguen siendo, más propensas a estar en desventaja en términos financieros porque cobran salarios más bajos, tienen menos ahorros y un empleo menos seguro que sus homólogos masculinos. Las mujeres también han soportado una gran parte del estrés en el hogar, especialmente cuando estuvieron a cargo de la mayor parte del cuidado informal adicional por el cierre de escuelas. Una evaluación rápida concluyó que la violencia contra las mujeres y las niñas se intensificó en el primer año de la pandemia, con un 45% de las mujeres que informaron que haber sido víctimas de alguna forma de violencia, ya sea directa o indirectamente (65).

Otro grupo vulnerable ha sido el de las personas con trastornos de salud mental preexistentes. No son más propensas a contraer la infección por COVID-19, pero una vez contagiadas han tenido más probabilidades de enfermar gravemente, ser hospitalizadas o morir (69). Puede haber muchas razones para esta desigualdad en materia de salud. Es posible que intervengan los determinantes sociales, incluidas las privaciones económicas, las dificultades para acceder a la atención de la salud y la disminución de los conocimientos básicos en materia de salud. Otros factores de riesgo clínicos para la COVID 19 grave, incluidas las enfermedades no transmisibles y los trastornos inmunológicos, también son más frecuentes entre las personas con problemas de salud mental.

Interrupción de los servicios

Antes de la pandemia, décadas de negligencia crónica y falta de inversión hacían que hubiera un acceso limitado a una atención de salud mental asequible



y de calidad en muchos países. A principios del 2021, a medida que la COVID 19 se propagaba rápidamente por todo el mundo, se interrumpieron o suspendieron casi todos los servicios de salud mental porque el personal y la infraestructura se derivaron a apoyar la respuesta a la pandemia.

Los servicios y el apoyo prestados por medio de prestadores comunitarios se vieron muy afectados; los grupos locales y centros de orientación fueron cerrados o clausurados durante varios meses. Los programas de salud mental basados en las escuelas fueron particularmente afectados.

Más de dos años después de la pandemia, la presión sobre los sistemas de salud, incluidos los servicios de salud mental, sigue siendo considerable. La COVID-19 continúa perturbando los servicios de salud esenciales en todas partes y ampliando la brecha terapéutica para trastornos de salud mental y de otro tipo. A principios del 2022, el 44% de los países que respondieron a una encuesta de la OMS informaron de una o más interrupciones en la atención de la salud mental, incluidos los programas de prevención y promoción, el diagnóstico, el tratamiento y la atención de urgencia para salvar vidas (71).

Desde el principio, los prestadores de servicios de salud mental han trabajado para mitigar la interrupción de los servicios, por ejemplo, brindando atención por vías alternativas cuando se implementaron medidas sociales y de salud pública. Esto ha incluido proporcionar más servicios basados en el hogar y ofrecer más apoyo de salud mental por teléfono (véase el apartado “Primer plano: Aprovechar las tecnologías digitales para la salud mental” en el capítulo 5). Aun así, ha habido barreras significativas para ofrecer y acceder a soluciones digitales, particularmente en países con infraestructura limitada, desigualdades preexistentes o niveles bajos de conocimientos básicos en tecnología.

Las iniciativas basadas en la comunidad a menudo se adaptaban más rápido y encontraban formas innovadoras de proporcionar apoyo psicosocial, incluso a través de tecnologías digitales y apoyo informal.

Muchos países han realizado esfuerzos para desarrollar o adaptar intervenciones psicológicas para prevenir o tratar los problemas de salud mental relacionados con la pandemia y mejorar la resiliencia, especialmente entre el personal de salud y las personas con COVID 19. Esto incluye, por ejemplo, entrenamiento en relajación, intervenciones digitales e intervenciones guiadas en crisis.

En los primeros seis meses de la pandemia, la mayoría de los países encuestados por la OMS, incluida la mitad de los países de ingresos bajos, habían incorporado la salud mental y el apoyo psicosocial en sus planes nacionales de respuesta a la COVID-19 (72). A principios del 2021, el número de grupos de coordinación multisectoriales de salud mental y apoyo psicosocial a nivel nacional en entornos humanitarios se había duplicado (73), pero a finales del 2021, más de un tercio de los países encuestados por la OMS aún no habían asignado ningún financiamiento adicional para la salud mental y el apoyo psicosocial (71).

Recomendaciones para la respuesta

A lo largo de la pandemia, la OMS ha colaborado con asociados en el Comité Permanente entre Organismos (IASC) para elaborar y difundir orientaciones, herramientas y recursos multilingües y en diversos formatos para apoyar al personal de respuesta inicial, los planificadores de salud pública y el público en general (74,75). En enero del 2021, el Consejo Ejecutivo de la OMS hizo hincapié en la necesidad de integrar la salud mental y el apoyo psicosocial en todos los aspectos de la preparación y respuesta para todas las emergencias de salud pública (76). A fin de reducir al

mínimo las consecuencias para la salud mental de la pandemia de COVID-19, el Consejo Ejecutivo también instó a los Estados Miembros a:

- **Aplicar un enfoque que abarque a toda la sociedad para promover, proteger y cuidar la salud mental.** Esto significa, entre otras cosas: incluir la salud mental y el apoyo psicosocial en las respuestas nacionales, proteger a las personas de situaciones nocivas como la violencia doméstica o el empobrecimiento (por ejemplo, mediante medidas de protección social y económica), y difundir ampliamente información sobre la COVID-19 para promover la salud mental.
- **Garantizar la disponibilidad amplia de apoyo psicosocial y en materia de salud mental.** Esto incluye, por ejemplo: ampliar el acceso al apoyo a distancia, como la autoayuda; fomentar la acción comunitaria que promueva la cohesión social

(por ejemplo, iniciativas para establecer lazos de amistad); incluir la salud mental y la atención social en los servicios esenciales para garantizar una atención presencial ininterrumpida; y proteger los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental, especialmente en toda legislación de emergencia.

- **Apoyar la recuperación posterior a la pandemia de COVID-19 mediante la creación de servicios de salud mental para el futuro.** Se trata de reconstruir para mejorar y utilizar la pandemia como una oportunidad para abogar por una reorganización y ampliación de los servicios y sistemas de salud mental. En particular, se trata de aplicar el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* actualizado, que fue aprobado por la 74.ª Asamblea Mundial de la Salud en el 2021.

2.3.3 Emergencias humanitarias y desplazamiento forzoso

En el 2022, se estimó que 274 millones de personas necesitaban asistencia humanitaria, lo que supone un aumento considerable con respecto al año anterior, en el que la cifra había sido, con mucho, la más alta en décadas (77).

Las personas con problemas graves de salud mental son extremadamente vulnerables durante y después de las emergencias (78). Las interrupciones inevitables de todos los servicios de salud durante una emergencia hacen que las personas con problemas graves de salud mental tengan dificultades para acceder a los servicios y el apoyo que necesitan. Toda persona con

problemas de salud mental, sin importar si reside en comunidades o instituciones, tiene mayor riesgo de ser víctima de violación de derechos humanos durante las emergencias humanitarias (79).

Los riesgos para la salud mental, como la violencia y las pérdidas, además de la pobreza, la discriminación, el hacinamiento, la inseguridad alimentaria y la ruptura de las redes sociales también están muy extendidos en las emergencias humanitarias. Por ejemplo, la malnutrición es común durante la guerra y se asocia con retrasos en el desarrollo y problemas de salud mental (80).

Las situaciones de emergencia causan malestar psicológico a casi todas las personas. Para la mayoría, esto mejora con el tiempo. En otros casos, sin embargo, los efectos sobre la salud mental pueden perdurar.



En promedio, **una de cada cinco personas** de entornos afectados por conflictos tiene un trastorno mental.

Se estima que una de cada cinco personas que viven en entornos en los que hubo conflictos en los diez años anteriores tiene un trastorno mental (81). También se estima que los trastornos mentales son muy comunes entre las personas sobrevivientes de desastres naturales (82). La experiencia de un desastre aumenta el riesgo de consumo problemático de sustancias psicoactivas, especialmente en las personas con problemas preexistentes (82). El personal de respuesta de primera línea, como los prestadores de atención de urgencia y los socorristas, tienen un riesgo particular de problemas de salud mental, tanto a corto como a largo plazo.

Las estimaciones sugieren que 84 millones de personas en todo el mundo fueron forzadas a desplazarse durante el 2021. Esto incluye a personas refugiadas, solicitantes de asilo y desplazadas internas que han sido obligadas a dejar sus hogares por conflictos (83). Los problemas de salud mental como la depresión, la ansiedad, el trastorno de estrés postraumático y la psicosis son mucho más frecuentes en las personas refugiadas que en la población de acogida (84).

Diferentes estresores pueden afectar la salud mental y el bienestar de las personas desplazadas por la fuerza, tanto antes como durante su huida, incluida cualquier estancia en entornos de desplazamiento como los campos de personas refugiadas (85). Esto incluye la exposición a situaciones difíciles y que ponen en riesgo la vida, como violencia, privación de la libertad o falta de acceso a servicios básicos. Al establecerse en un lugar nuevo, las personas desplazadas por la fuerza

a menudo tienen dificultades para acceder a la atención de salud mental y pueden enfrentarse a malas condiciones de vida, condiciones socioeconómicas adversas, discriminación, aislamiento, redes familiares y de apoyo sobrepasadas, incertidumbre en torno a los permisos de trabajo y la situación legal (solicitud de asilo) y, en algunos casos, detención de personas inmigrantes.

En general, los conflictos armados son extremadamente perjudiciales para las sociedades; crean agravios, odio y divisiones sociales que no sólo afectan a la salud mental, sino que también pueden aumentar el riesgo de más violencia. Por lo tanto, abordar las repercusiones sociales y de salud mental de las emergencias no solo forma parte de la preparación, respuesta y recuperación ante emergencias humanitarias, sino también de la consolidación de la paz (86).

2.3.4 Crisis climática

Hace ya tiempo que se han definido los riesgos que la creciente crisis climática plantea para la salud física de las personas (87). En la actualidad, cada vez hay más evidencia que demuestra que la crisis climática también puede afectar la salud mental, a través del estrés y los riesgos impuestos por fenómenos meteorológicos extremos, así como por los cambios ambientales a largo plazo, como el aumento de las temperaturas, el aumento del nivel del mar, la contaminación del aire, las sequías prolongadas y la propagación gradual de enfermedades sensibles a los efectos del clima.

Tanto los fenómenos meteorológicos extremos como los cambios graduales pueden conducir a conflictos y migraciones forzadas, que suponen riesgos significativos para la salud mental.

Los fenómenos meteorológicos extremos, incluidas las tormentas tropicales, las inundaciones, los deslizamientos de tierra, las olas de calor y los incendios forestales, han venido aumentando al



menos un 46% desde el año 2000 (88). Pueden provocar depresión, ansiedad, trastorno de estrés postraumático y otros trastornos relacionados con el estrés en muchos de los afectados (81, 89).

Las temperaturas ambientales más altas están relacionadas con un mayor riesgo de hospitalización, comportamiento suicida y muerte para las personas con trastornos de salud mental.

El cambio ambiental progresivo también puede ser devastador. Puede alterar los suministros de alimentos y agua, y las condiciones para cultivar; reconfigurar el hábitat natural y el paisaje, y debilitar la infraestructura. Puede hacer que las personas pierdan su hogar y obligar a las comunidades a dispersarse. Puede generar tensiones financieras y sociales, y aumentar los riesgos de pobreza, inseguridad alimentaria, violencia, agresión y desplazamiento forzado (90, 91).

Incluso asistir al lento despliegue de los efectos del cambio climático puede ser una fuente de estrés. Se han acuñado diferentes términos para describir las reacciones psicológicas de las personas, como "ansiedad por el cambio climático", "solastalgia", "ecoansiedad", "malestar ambiental" y varios más. Cualquiera que sea la etiqueta, la ansiedad y la desesperación que la población joven refiere con una frecuencia cada vez mayor

pueden ser considerables y exponerlos al riesgo de desarrollar problemas de salud mental (89).

A pesar de ser los que menos contribuyen a la crisis climática, los países de ingresos bajos tienen más probabilidades de tener un riesgo mayor, debido tanto a los efectos relacionados con el clima como a la menor cantidad de recursos para abordar dichos efectos.

La población joven, los pueblos indígenas, las personas que viven en la pobreza y las personas con discapacidades cognitivas o de movilidad también pueden ser más vulnerables a las consecuencias para la salud mental de la crisis climática (92). Las temperaturas ambientales más altas están relacionadas con un mayor riesgo de empeoramiento de los síntomas, ingreso hospitalario, comportamiento suicida y muerte para las personas con problemas de salud mental (93). El riesgo también puede ser mayor para personas que toman medicamentos psicotrópicos, posiblemente porque quienes toman estos medicamentos a veces son menos capaces de regular el calor o notar que su temperatura corporal está aumentando (94).

Se ha determinado que hay una serie de factores de protección que pueden promover la resiliencia frente a la crisis climática, incluidos el apoyo social y los conocimientos básicos en materia de salud mental (95).



3

La salud mental en el mundo actual

EPIDEMIOLOGÍA
COSTOS ECONÓMICOS
BRECHAS CLAVE
DEMANDA DE ATENCIÓN

Resumen del capítulo

En este capítulo se reseña el estado de la salud mental y los sistemas de salud mental en el mundo, y se muestra que las necesidades en materia de salud mental son considerables y que las respuestas son insuficientes e inadecuadas. Se presentan los datos más recientes disponibles sobre la prevalencia mundial y el costo de los trastornos mentales, y se mira más allá del impacto de la mortalidad y la discapacidad para considerar también los formidables costos económicos y sociales involucrados. En este capítulo se destacan además los resultados del atlas más reciente de la OMS sobre la salud mental que indican algunas de las brechas importantes y barreras persistentes en materia de atención de salud mental en el mundo.



Los mensajes clave de este capítulo son:

- En todos los países, los trastornos mentales son muy frecuentes y en gran medida inadecuadamente tratados.
- Los trastornos mentales son la principal causa de años vividos con discapacidad (AVD) y el suicidio sigue siendo una de las principales causas de muerte en el mundo.
- Las consecuencias económicas de los problemas de salud mental son enormes, con pérdidas de productividad que superan con creces los costos directos de la atención.
- Los sistemas de salud mental de todo el mundo se caracterizan por importantes deficiencias en la gobernanza, los recursos, los servicios, la información y las tecnologías para la salud mental.
- Varios factores impiden que las personas busquen ayuda para sus problemas de salud mental, como el acceso limitado a servicios de calidad, los niveles bajos de conocimiento sobre salud mental y la estigmatización y discriminación generalizadas.

A pesar de la importancia decisiva de la salud mental para la salud y el bienestar, muchas personas no reciben el apoyo que precisan. En el 2019, aproximadamente una de cada ocho personas en todo el mundo tenía un trastorno mental (96). Al mismo tiempo, los servicios, los conocimientos y los fondos disponibles para la salud mental siguen siendo escasos y están muy por debajo de lo que se necesita, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.

En todos los países, los problemas de salud mental están muy extendidos (pero son mal comprendidos) e inadecuadamente tratados, y los servicios para abordarlos no cuentan con recursos suficientes (véase la figura 3.1). Como se analizó en el capítulo 2, “Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública”, los diversos factores biopsicosociales interrelacionados que socavan la salud mental, que van desde estresores que afectan a toda la población como la pobreza, los conflictos y las desigualdades sociales hasta factores individuales como la baja autoestima, continuarán generando amenazas para la salud mental en un futuro previsible.

En este capítulo se presentan los datos más recientes disponibles al momento de redactarse este informe (véase el recuadro 3.1, “Datos para evaluar la salud mental mundial”). En la mayoría de los casos, los datos son anteriores a la pandemia de COVID-19, que ha exacerbado en gran medida los factores de riesgo de problemas de salud mental para muchas personas. La pandemia seguramente afectará la prevalencia y la carga de los trastornos mentales, ya que el acceso a los servicios de salud mental se vio afectado (véase el apartado “Primer plano: La COVID-19 y la salud mental” en el capítulo 2). Se ha previsto un aumento a largo plazo de la cantidad y gravedad de los problemas de salud mental en todo el mundo y, como se muestra a continuación, las estimaciones mundiales más recientes lo confirman (97, 69).

FIG. 3.1

Los problemas de salud mental están muy extendidos, pero los tratamientos y los recursos son insuficientes



Fuente: basado en IHME, 2019 (98); OMS, 2021 (5).

PERSPECTIVA

RECUADRO 3.1.

Datos para evaluar la salud mental mundial

Para dirigirse al grupo de partes interesadas más amplio posible, a lo largo de este informe se utiliza el término genérico "problema de salud mental" que abarca trastornos mentales, discapacidad psicosocial y otros estados mentales asociados con malestar psicológico significativo, discapacidad funcional o riesgo de comportamiento autolesivo, pero para describir las tasas de prevalencia y las estimaciones de salud mundial, en este capítulo se utiliza el término "trastornos mentales", ya que este término refleja con mayor precisión los datos que se recopilan y se notifican, y su alcance está claramente definido por la CIE-11 de la OMS. De manera similar, en este capítulo se mencionan categorías diagnósticas como "trastornos depresivos" o "trastornos de ansiedad", en lugar de usar los términos más generales "depresión" y "ansiedad" como es el caso en otras partes de este informe.

Los trastornos mentales se diferencian de los trastornos neurológicos y los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas. Los dos últimos, aunque no son el tema central de este informe, se mencionan en este capítulo para brindar un panorama amplio de las necesidades que las instancias decisorias en materia de salud mental a menudo son responsables de satisfacer en los países de ingresos bajos y medianos.

La medición y el seguimiento de la incidencia, la prevalencia y la mortalidad de las enfermedades, así como su distribución y los determinantes en los grupos poblacionales y entre ellos, que son características que definen a la epidemiología, proporcionan información vital para la planificación, prestación y evaluación de los servicios de salud. Las principales fuentes internacionales de datos epidemiológicos utilizadas para este capítulo son las estimaciones mundiales de salud de la OMS y el estudio sobre carga mundial de enfermedades, traumatismos y factores de riesgo correspondiente

al 2019 del Instituto de Sanimetría y Evaluación Sanitaria (IHME). Estas fuentes están estrechamente vinculadas en términos de estimaciones de salud mental. Juntas, proporcionan estimaciones de prevalencia puntual y carga de enfermedad asociada para todas las categorías principales de enfermedades transmisibles y no transmisibles, y también de traumatismos.

El término "carga de enfermedad" solo se utiliza en relación con las evaluaciones epidemiológicas publicadas. Es el término habitual utilizado en el ámbito de la salud pública para la estimación del impacto a nivel poblacional (por ejemplo, años de vida ajustados por discapacidad, años de vida perdidos por muerte prematura y años vividos con discapacidad).

Las estimaciones se deben interpretar con cautela. Estos estudios mundiales de larga duración ofrecen la mejor evidencia disponible del alcance, la distribución y el impacto en la salud pública de los trastornos mentales en todos los grupos etarios, géneros y países (agrupados por ingresos o ubicación geográfica). No obstante, si bien las estimaciones actuales incorporan los datos más recientes disponibles y los avances metodológicos en el modelado de enfermedades, siguen siendo inciertas debido a la escasez de datos epidemiológicos sobre los trastornos mentales en muchos países. En particular, las estimaciones a menudo se basan en datos de partida incompletos que no cubren todos los parámetros ni todos los países, y en información obsoleta o de mala calidad. Además, es importante reconocer que los trastornos mentales se pueden conceptualizar de diferentes maneras según las culturas, lo que plantea desafíos para medirlos desde un punto de referencia particular, como en los estudios de carga mundial de enfermedad.

3.1 Panorama epidemiológico

3.1.1 Prevalencia

Antes de la pandemia, en el 2019, alrededor de 970 millones de personas en el mundo tenían un trastorno mental, el 82% de ellas en países de ingresos bajos y medianos (96)¹. Entre el 2000 y el 2019, se estima que un 25% más de personas tenían algún trastorno mental, pero dado que la población mundial ha crecido aproximadamente al mismo ritmo, la prevalencia (puntual) de los trastornos mentales se ha mantenido estable, en alrededor del 13% (véase la figura 3.2) (99).

Además, según diversas estimaciones, 283 millones de personas tenían trastornos por consumo de alcohol en el 2016 (100); 36 millones tenían trastornos por consumo de drogas en el 2019 (); 55 millones tenían demencia en el 2019 (101), y 50 millones tenían epilepsia en el 2015 (9). En muchos países, los sistemas de atención de salud mental son responsables de la atención de las personas con estos trastornos.

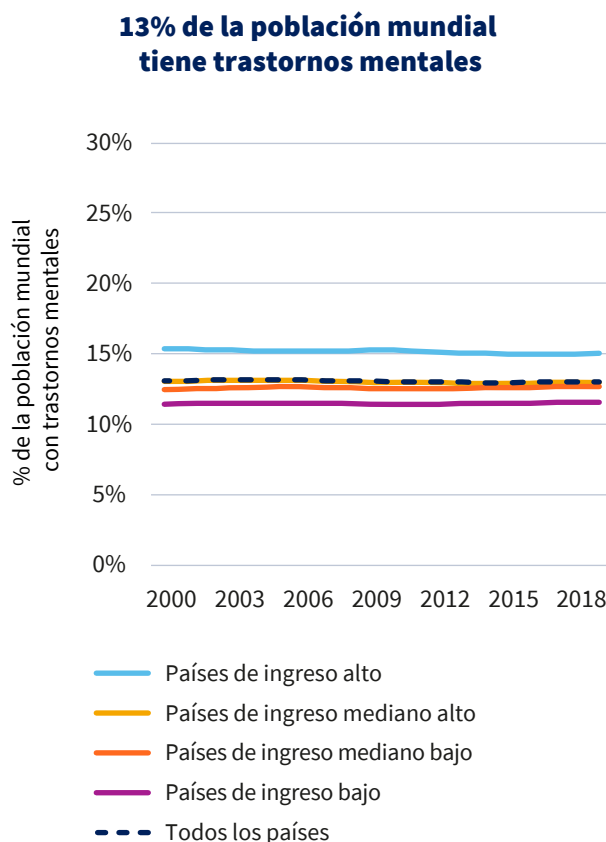
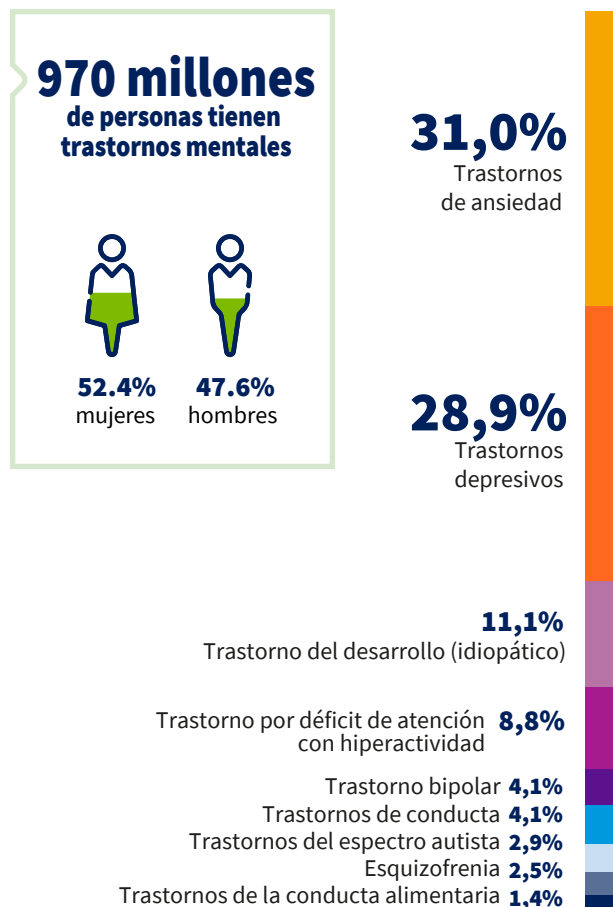
FIG. 3.2

970 millones de personas en el mundo tenían un trastorno mental en el 2019.

¹ Esta estimación incluye a las personas con esquizofrenia, trastornos depresivos (incluida la distimia), trastornos de ansiedad, trastorno bipolar, trastornos del espectro autista, trastorno por déficit de atención con hiperactividad, trastorno de comportamiento disocial, discapacidad intelectual idiopática y del desarrollo, trastornos alimentarios y otros trastornos mentales, como figura en el estudio sobre carga mundial de enfermedad correspondiente al 2019.



Prevalencia mundial de los trastornos mentales en el 2019



Fuente: IHME, 2019 (99)

La prevalencia de los trastornos mentales varía en función del sexo y la edad (véase el cuadro 3.1). Los trastornos de ansiedad y los trastornos depresivos son los más comunes, tanto en hombres como en mujeres. Los trastornos de ansiedad se vuelven prevalentes a una edad más temprana que los trastornos depresivos, que son raros antes de los 10 años. Se vuelven más frecuentes más adelante en la vida, con las estimaciones más altas en las personas de entre 50 y 69 años. En las personas adultas, los trastornos depresivos son los más prevalentes de todos los trastornos mentales.

En el 2019, 301 millones de personas en todo el mundo tenían trastornos de ansiedad y 280 millones trastornos depresivos (incluidos el trastorno depresivo mayor y la distimia). En el 2020, estas cifras aumentaron significativamente como resultado de la pandemia de

COVID-19 (véase el recuadro 3.2, “Depresión y ansiedad en tiempos de la COVID-19”).

La esquizofrenia, que afecta a 24 millones de personas y a aproximadamente una de cada 200 personas adultas (de 20 años o más), es una preocupación primordial de los servicios de salud mental en todos los países (véase el cuadro 3.1). En sus fases agudas, es el trastorno que más deterioro produce de todos los de salud mental (véase el recuadro 3.3, “Gravedad de los problemas de salud mental y el principio de equidad vertical”) (103). El trastorno bipolar, otra preocupación fundamental de los servicios de salud mental de todo el mundo, afecta a 40 millones de personas y en el 2019 a aproximadamente una de cada 150 personas adultas en todo el mundo (véase el cuadro 3.1). Ambos trastornos se detectan principalmente en grupos poblacionales en edad laboral.

CUADRO 3.1

Prevalencia de los trastornos mentales por edad y sexo (2019)

	TODAS LAS EDADES (MILLONES)	TODAS LAS EDADES (%)			EDAD (%)									20 AÑOS EN ADELANTE (%)		
		TODOS	HOMBRES	MUJERES	< 5	5-9	10-14	15-19	20-24	25-49	50-69	70+	TODOS	HOMBRES	MUJERES	
Trastornos mentales	970	13,0	12,5	13,5	3,0	7,6	13,5	14,7	14,1	14,9	14,7	13,1	14,6	13,4	15,7	
Esquizofrenia	24	0,3	0,3	0,3				0,1	0,3	0,5	0,5	0,2	0,5	0,5	0,4	
Trastornos depresivos^a	280	3,8	3,0	4,5		0,1	1,1	2,8	4,0	4,8	5,8	5,4	5,0	4,0	6,0	
Trastorno bipolar	40	0,5	0,5	0,6			0,2	0,6	0,7	0,7	0,7	0,5	0,7	0,7	0,7	
Trastornos de ansiedad^b	301	4,0	3,0	5,0	0,1	1,5	3,6	4,6	4,7	4,9	4,8	4,4	4,8	3,6	5,9	
Trastornos del comportamiento alimentario^c	14	0,2	0,1	0,2			0,1	0,3	0,4	0,3			0,2	0,2	0,3	
Trastornos del espectro autista	28	0,4	0,6	0,2	0,5	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,3	0,3	0,3	0,5	0,2	
Trastorno por déficit de atención con hiperactividad	85	1,1	1,7	0,6	0,2	2,4	3,1	2,4	1,7	0,9	0,3		0,7	0,4	1,1	
Trastorno de comportamiento	40	0,5	0,7	0,4		1,1	3,6	2,1								
Trastorno del desarrollo (idiopático)^d	108	1,5	1,5	1,4	2,2	2,3	2,2	2,0	1,8	1,3	0,7	0,4	1,1	1,1	1,1	
Otros trastornos mentales^e	117	1,6	1,9	1,3			0,1	0,4	1,0	2,2	2,6	2,7	2,2	2,7	1,8	

Fuente: IHME, 2019 (96).

^a Incluye trastorno depresivo mayor y distimia.

^b Incluye todos los trastornos de ansiedad y trastorno por estrés postraumático (TEPT).

^c Incluye anorexia y bulimia nerviosa.

^d Para obtener más información sobre los trastornos del desarrollo y los trastornos del espectro autista, véase el próximo Informe de la OMS y el UNICEF sobre retrasos del desarrollo y discapacidades.

^e Una causa residual dentro de la carga mundial de enfermedad, que incluye trastornos de personalidad.

Nota: Estos son datos de carga mundial de enfermedad del 2019 y no representan necesariamente la categorización de la CIE-11. Las celdas en blanco indican 0,0%. Las tasas se ajustan por comorbilidad independiente, pero no por comorbilidad dependiente. Todos los datos de prevalencia son de prevalencia puntual, excepto para el trastorno bipolar para el cual se calculó la prevalencia en 12 meses.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 3.2.

Depresión y ansiedad en tiempos de la COVID-19

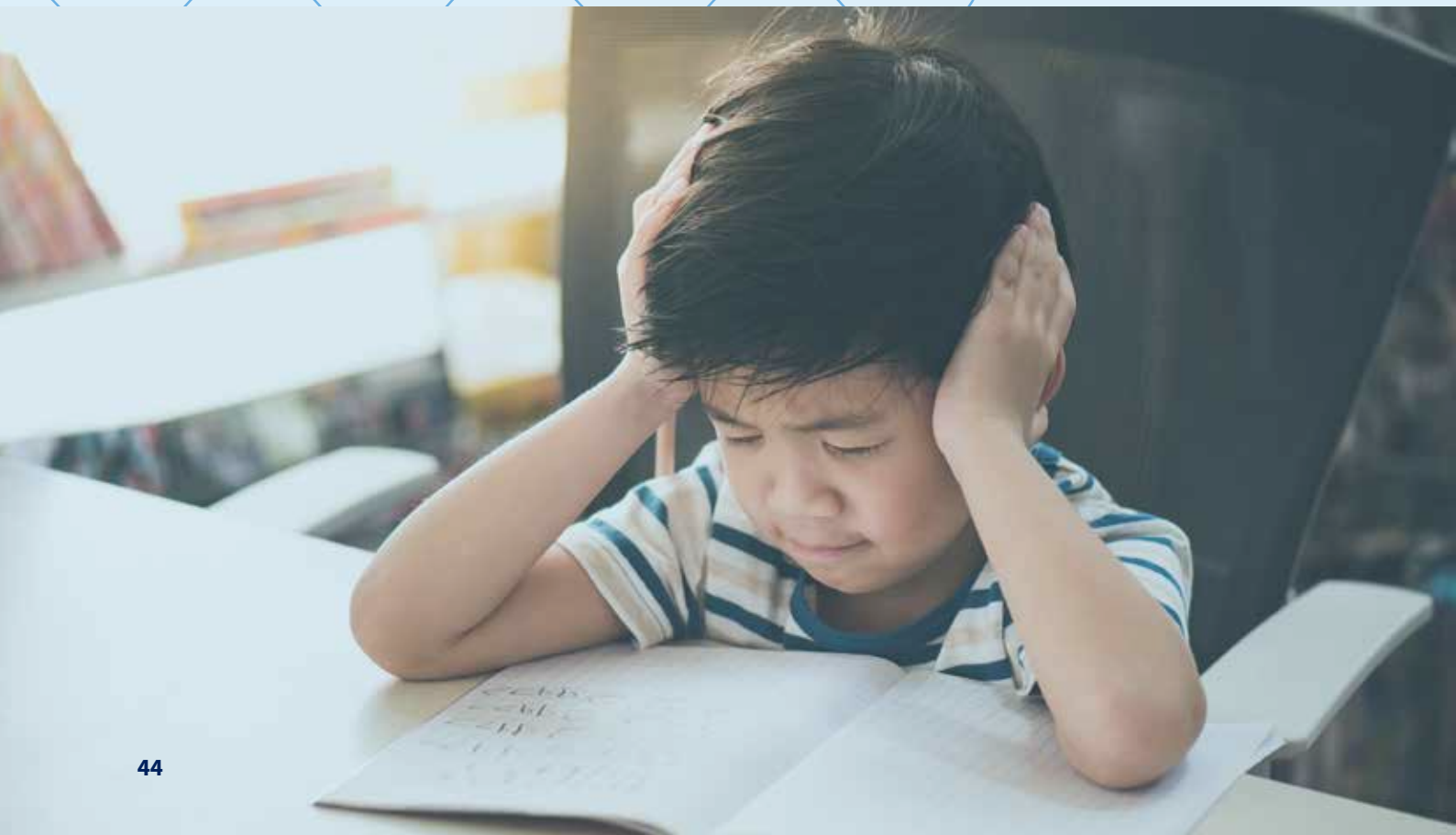
En el estudio sobre la carga mundial de enfermedad correspondiente al 2020 se estimó un aumento sustancial de los trastornos depresivos y de ansiedad como resultado de la pandemia de COVID-19, teniendo en cuenta muchas de las incertidumbres en torno a las estimaciones epidemiológicas de los trastornos mentales en emergencias graves.

Antes de la pandemia, se estimaba que 193 millones de personas (2 471 casos por 100 000 habitantes) tenían trastorno depresivo mayor, y 298 millones de personas (3 825 casos por 100 000 habitantes) tenían trastornos de ansiedad en el 2020. Después del ajuste por la pandemia de COVID 19, las estimaciones iniciales muestran un salto a 246 millones (3 153 casos por 100 000 habitantes) para el trastorno depresivo mayor y a 374 millones (4 802 por 100 000 habitantes) para los trastornos de

ansiedad. Esto supone un aumento del 28% y 26% para los trastornos depresivo mayor y de ansiedad, respectivamente, en solo un año.

En ambos casos, los mayores aumentos de la prevalencia de los trastornos se registraron en los países más afectados por la pandemia. En todo el mundo, el aumento de la prevalencia de trastornos fue mayor en las mujeres que en los hombres, probablemente porque las mujeres tenían más probabilidades de sufrir las consecuencias sociales y económicas de la pandemia. A nivel mundial también hubo un mayor cambio en la prevalencia en los grupos etarios más jóvenes que en los mayores, lo que podría reflejar el profundo impacto del cierre de las escuelas y de las restricciones sociales en la salud mental de la población joven.

Fuente: COVID-19 Mental Disorders Collaborators, 2021 (68).



PERSPECTIVA

RECUADRO 3.3

La gravedad de los problemas de salud mental y el principio de equidad vertical

Un insumo clave en las estimaciones mundiales de salud de la OMS son las llamadas "ponderaciones del estado de salud", que se utilizan para ajustar el tiempo pasado en un estado de salud particular por el nivel de disminución o deterioro de la salud asociado (en una escala de 0 a 1, donde 0 denota plena salud o ningún deterioro).

De entre todos los problemas de salud, el estado de mayor deterioro, tanto en las estimaciones mundiales de salud del 2019 como en la carga mundial de enfermedad del 2019, lo provoca la esquizofrenia aguda, a la que se le otorga una ponderación del estado de salud de 0,78. En pocas palabras, esto significa que es esperable que una persona con esquizofrenia aguda tenga solo una quinta parte de la salud y el nivel de funcionamiento de una persona completamente sana. Un episodio depresivo grave ocupa el quinto lugar entre

los estados de salud que más deterioro producen, y la esquizofrenia residual, el décimo.

Las ponderaciones del estado de salud también pueden contribuir a fundamentar las discusiones sobre la "equidad vertical". Este concepto significa prestar más atención a quienes tienen mayor necesidad. Se diferencia de la equidad horizontal, que se centra en la igualdad de acceso o tratamiento para iguales necesidades (como garantizar la igualdad de acceso a la atención en las zonas urbanas y rurales). De hecho, varios países han incluido explícitamente la gravedad de una enfermedad o entidad como criterio clave para el establecimiento de prioridades. Por lo tanto, desde una perspectiva de equidad vertical, la atención de la esquizofrenia y otros trastornos graves de salud mental, incluidos los episodios graves de trastorno depresivo, debe tener prioridad debido al deterioro asociado.

Fuentes: Barra et al, 2020 (104); OMS, 2006 (103).

Prevalencia en hombres y mujeres

Los trastornos depresivos y de ansiedad son aproximadamente un 50% más frecuentes en las mujeres que en los hombres a lo largo de la vida, mientras que en los hombres es más alta la probabilidad de trastorno por consumo de sustancias psicoactivas. Como los trastornos depresivos y de ansiedad constituyen la mayoría de los casos de trastornos mentales, en general, un poco más de mujeres (13,5% o 508 millones) que de hombres (12,5% o 462 millones) tienen un trastorno mental (véase el [cuadro 3.1](#)).

Los trastornos mentales son frecuentes en las mujeres embarazadas y las que acaban de dar a luz, a menudo con graves consecuencias tanto para las madres como para

los bebés. En el mundo, más del 10% de las embarazadas y las mujeres que acaban de dar a luz presentan depresión (105). Se cree que en los países de ingresos bajos y medianos esta cifra es sustancialmente mayor.

Las mujeres que han sido víctimas de violencia de pareja o violencia sexual son particularmente vulnerables a los problemas de salud mental, y se han observado asociaciones significativas entre la victimización y la depresión, la ansiedad, los trastornos por estrés, incluido el trastorno por estrés postraumático, y las ideas suicidas (106). Las mujeres con un trastorno mental grave tienen muchas más probabilidades de haber sido víctimas de violencia doméstica y sexual durante su vida que otras mujeres (107).

Prevalencia en la población infantil y adolescente

Alrededor del 8% de las niñas y niños pequeños (de 5 a 9 años) y del 14% de la población adolescente (de 10 a 19 años) del mundo tienen un trastorno mental (véase el [cuadro 3.1](#)). En un estudio seminal de nivel nacional en Estados Unidos se observó que la mitad de los trastornos mentales presentes en la edad adulta se habían desarrollado antes de los 14 años, y que tres cuartas partes se manifestaban a los 24 años (108).

Los trastornos idiopáticos del desarrollo, que causan discapacidad del desarrollo, son el tipo más común de trastorno mental en niñas y niños pequeños, y afecta a uno de cada 50 menores de 5 años. El segundo trastorno mental más prevalente en este grupo etario es el trastorno del espectro autista (otro trastorno del desarrollo), que afecta a uno de cada 200 menores de 5 años (véase el [cuadro 3.1](#)). Ambos trastornos se vuelven gradualmente menos prevalentes con la edad, ya que muchas personas con trastornos del desarrollo mueren jóvenes.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad y los trastornos de comportamiento son particularmente comunes en la adolescencia, especialmente en los varones de menor edad (4,6% y 4,5%, respectivamente, en el grupo de 10 a 14 años). La ansiedad es el trastorno mental más prevalente en la población adolescente de mayor edad (4,6%) y aún más en las adolescentes (5,5%). La ansiedad y los trastornos depresivos a esta edad pueden estar asociados a la victimización por intimidación (*bullying*). Los trastornos del comportamiento alimentario ocurren principalmente en la población joven y, dentro de este grupo, son más comunes en las mujeres (por ejemplo, 0,6% en mujeres de 20 a 24 años en comparación con 0,3% en hombres del mismo grupo etario) (109).

Prevalencia en las personas mayores

Alrededor del 13% de las personas de 70 años o más tenían un trastorno mental en el 2019, principalmente trastornos depresivos y de ansiedad. Las

diferencias entre los sexos respecto de las tasas de trastornos mentales aumentan en esta franja etaria, ya que se estima que el 14,2% de las mujeres y el 11,7% de los hombres mayores de 70 años tienen un trastorno mental. Las estimaciones de prevalencia de esquizofrenia son inferiores en personas mayores de 70 años (0,2%) en comparación con personas menores de 70 años (0,3%), lo que en parte se puede explicar por la mortalidad prematura (véase la [sección 3.1.2, “Mortalidad”](#)).

Es importante destacar que estas estimaciones sobre los trastornos mentales no incluyen la demencia, que es un problema clave de salud pública que a menudo se aborda mediante políticas y planes de salud mental o relativas al envejecimiento. Se estima que el 6,9% de las personas adultas de 65 años o más tiene demencia (102).

Variabilidad geográfica

Los trastornos mentales son frecuentes en todos los países: ocurren en todas las regiones de la OMS, con una prevalencia que va del 10,9% en la Región de África al 15,6% en la Región de las Américas (véase la [figura 3.3](#)) (110).

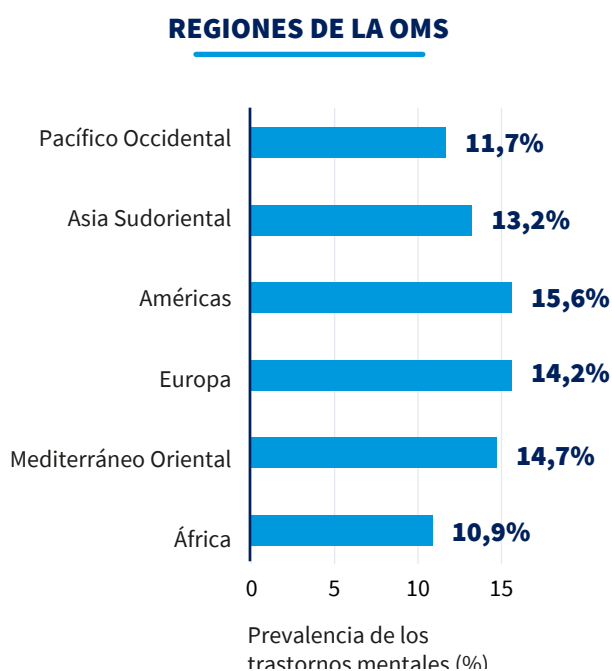
Los trastornos mentales son algo más frecuentes en los países de ingresos altos (15,1%), pero también son comunes en los países de ingresos bajos (11,6%) (véase la [figura 3.3](#)).

Las variaciones en las tasas de prevalencia entre regiones y grupos de ingresos se pueden explicar por al menos tres factores. En primer lugar, los factores demográficos disminuyen las tasas de prevalencia en los países de ingresos bajos: la población tiende a tener una mayor proporción de menores de 10 años, en quienes los trastornos mentales son mucho menos comunes. En segundo lugar, la guerra y los conflictos contribuyen a las tasas relativamente más altas de trastornos mentales en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS. En tercer lugar, los factores socioculturales también juegan un papel. Por ejemplo, las diferentes concepciones culturales y conceptualizaciones de la salud mental

y los problemas de salud mental pueden influir en la disposición de las personas a revelar síntomas relacionados con la salud mental en las encuestas. Los conceptos culturales locales de malestar psicológico, que pueden asociarse con psicopatología, generalmente no están bien cubiertos en los estudios epidemiológicos (111). Aunque la estigmatización y la discriminación son importantes en todos los países, pueden serlo incluso más en muchos países de ingresos bajos y medianos, lo que podría llevar a no notificar todos los casos.

La combinación de factores como la edad, el sexo y la ubicación geográfica puede generar diferencias importantes en términos de necesidades específicas de salud mental de las personas. Por ejemplo, si bien se calcula que el 4% de las personas de todos los grupos etarios en el mundo tenía trastornos de ansiedad en el 2019 (véase el cuadro 3.1), la tasa aumenta a alrededor del 10% en las mujeres en edad laboral en la Región de las Américas (113).

FIG. 3.3
Prevalencia de los trastornos mentales en las regiones de la OMS, 2019



Fuente: IHME, 2019 (112).

3.1.2 Mortalidad

Mortalidad prematura

Calcular la mortalidad por problemas de salud mental es complejo. Los problemas de salud mental y el suicidio rara vez se registran como la causa de muerte en los certificados de defunción o en las estadísticas de mortalidad del país. Sin embargo, los problemas de salud mental son a menudo un factor subyacente o causal importante. En todo el mundo, se sabe que en las personas con problemas de salud mental las tasas de mortalidad son desproporcionadamente más altas que en la población general (114).

Las personas con problemas graves de salud mental, como la esquizofrenia y el trastorno bipolar, mueren en promedio de 10 a 20 años antes que la población general (115). La mayoría de estas muertes se debe a enfermedades prevenibles, especialmente enfermedades cardiovasculares, respiratorias e infecciones, que son más comunes en personas con problemas de salud mental. En estos casos, tener un problema de salud mental puede no ser la causa de la muerte, pero es probable que sea un factor contribuyente importante.

Los efectos secundarios de los medicamentos para los problemas graves de salud mental pueden tener un papel en la mortalidad prematura al contribuir, por ejemplo, a la obesidad, la intolerancia a la glucosa y la dislipidemia (116). Además, las personas con trastornos mentales tienen más probabilidades de estar expuestas a los factores de riesgo bien conocidos de enfermedades no transmisibles (ENT), como el consumo de tabaco, el consumo de alcohol, los hábitos alimentarios poco saludables y la inactividad física.

Las personas con problemas graves de salud mental mueren de **10 a 20 años** antes que las personas de la población general.

Esto se ve agravado por el enfoque fragmentado de los sistemas de salud en la atención de los problemas de salud física y mental: una vez que se deriva a una persona a un servicio de salud mental, con demasiada frecuencia se desatiende su salud física. Al mismo tiempo, tanto en entornos de atención de salud mental general como especializada, los signos y síntomas de la enfermedad física a menudo se atribuyen erróneamente a un trastorno de salud mental concurrente en lo que se conoce como "eclipse diagnóstico" (117). Estos dos factores han llevado, por ejemplo, al reconocimiento y tratamiento insuficientes y sistemáticos de las enfermedades cardiovasculares en las personas con esquizofrenia y trastorno bipolar (118, 119). La OMS y sus asesores expertos han elaborado un marco de intervención a varios niveles y directrices destinadas a abordar estas deficiencias (véase el apartado "La atención integrada es una buena atención" en la sección 4.1.2, "Mejora de la salud física") (114, 120).

La carga de mortalidad acumulada de los trastornos mentales se puede obtener utilizando modelos de evolución natural que relacionan la prevalencia con las tasas observadas de exceso de muertes. Estos modelos no forman parte de la estimación de carga de mortalidad prematura (véase la sección 3.1.3, "Carga"), que atribuye las muertes a la causa primaria (como enfermedad cardiovascular), pero los investigadores han utilizado estos modelos para demostrar que se ha subestimado muchísimo la carga de mortalidad de los problemas de salud mental. Un análisis de los datos del 2010 muestra que hubo más de 4 millones de muertes adicionales atribuibles a trastornos mentales, incluidos 2,2 millones por trastorno depresivo mayor, 1,3 millones por trastorno bipolar y 700 000 por esquizofrenia, en comparación con solo 20 000 muertes por causas específicas, todas por esquizofrenia, calculadas utilizando los cálculos estándar de carga de enfermedad (121).

Esta enorme, aunque oculta, carga de enfermedad de los trastornos mentales ha sido calificada de escandalosa y contraria a las convenciones internacionales sobre el derecho a gozar del nivel más alto posible de salud (122).

Suicidio

El suicidio es la causa de más de una de cada 100 muertes en el mundo (123) y por cada muerte por suicidio hay más de 20 intentos de suicidio (124). El suicidio afecta a personas de todos los países y contextos. A todas las edades, los suicidios y los intentos de suicidio tienen un efecto dominó sobre las familias, las amistades, los colegas, las comunidades y sociedades (véase la [experiencia de Marie](#)). Se estima que, en el 2019, 703 000 personas de todas las edades (o 9 por 100 000 habitantes) perdieron la vida por suicidio (véase la [figura 3.4](#)) (125). Las estimaciones de las tasas de suicidio varían considerablemente entre los países, desde menos de 2 muertes por suicidio por 100 000 habitantes en algunas naciones hasta más de 80 por 100 000 habitantes en otras. Alrededor de tres cuartas partes (77%) de todos los suicidios ocurren en los países de ingresos bajos y medianos, en los que vive la mayoría de la población mundial. Sin embargo, en conjunto, los países de ingresos altos tienen las tasas más altas de suicidio con 10,9 por 100 000. Estos países también tienen más probabilidades de tener datos de registro civil de alta calidad.

Las tasas de suicidio también varían entre hombres y mujeres. A nivel mundial, las mujeres son más propensas a intentar suicidarse que los hombres. Sin embargo, mueren por suicidio el doble de hombres que de mujeres. En los países de ingresos altos, la razón hombre:mujer para muerte por suicidio es aún mayor, con tres hombres por cada mujer.

El suicidio es una causa importante de muerte en la población joven de ambos sexos. En el 2019 el suicidio fue la tercera causa de muerte de mujeres jóvenes de 15 a 29 años, y la cuarta

causa de muerte de hombres en ese grupo etario. En general, es la cuarta causa de muerte en las personas de 15 a 29 años y constituye alrededor del 8% de todas las muertes en este grupo etario. Más de la mitad (58%) de los suicidios ocurren antes de los 50 años; las tasas de suicidio de las personas mayores de 70 años son más del doble que las de las personas en edad laboral (126).

A nivel mundial, la tasa de suicidios ha disminuido en un 36% desde el 2000, con disminuciones que van desde el 17% en la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS hasta el 47% en la Región de Europa y el 49% en la Región del Pacífico Occidental. Sin embargo, en la Región de las Américas, las tasas de suicidio han aumentado un 17% en los últimos 20 años (para obtener más información y ejemplos de éxito en la prevención del suicidio, véase la sección 6.3.1 “Prevención del suicidio”).

El suicidio es la causa de **1 de cada 100 muertes** en el mundo.

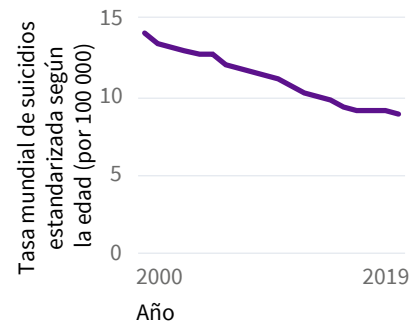
FIG. 3.4
Suicides in 2019

703.000
muertes por suicidio en el 2019

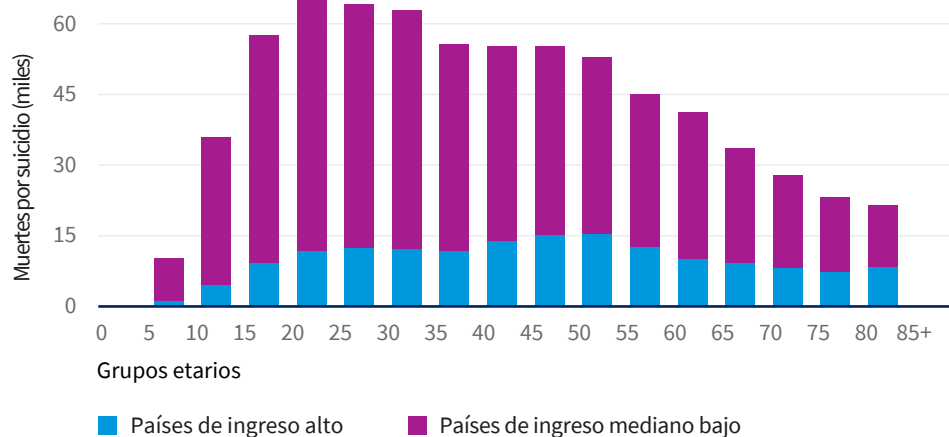


Tasa mundial de suicidios:
9 por 100 000

36%
caída en la tasa de suicidios desde el 2000



58%
suicidios antes de los 50 años de edad



Source: WHO, 2021 (125).

TESTIMONIO

Abandoné todo y a todos

La experiencia de Marie



Soy una mujer altamente funcional con antecedentes de trauma. Vengo de una familia con mucha experiencia en problemas de salud mental, pero mi familia y la sociedad en la que vivíamos no reconocían la salud mental y no sabían cómo cuidar a un ser querido con problemas de salud mental. No recibimos la atención que necesitábamos. Perdimos a mi hermano cuando tenía solo 33 años, sin un diagnóstico concluyente.

Yo sufrí por problemas de comportamiento. Mi mayor trauma fue la ruptura del matrimonio de mis padres. Luché y me automediqué con relaciones peligrosas y comportamientos sexuales riesgosos.

En el 2009, intenté suicidarme. Estaba embarazada de cinco meses. El bebé y yo sobrevivimos, pero

supe que no podía continuar así. Abandoné todo y a todos, incluidos mis tres hijos. Dejé mi país sin decir una sola palabra a nadie. Solo una enfermedad mental hace que te comportes de esta manera.

Continué luchando y finalmente obtuve ayuda profesional. Cuatro años después regresé siendo una persona mucho más fuerte. Ahora soy una becaria de la Commonwealth y hago una maestría en práctica profesional para la atención de la salud; me he comprometido a crear conciencia sobre la salud mental, especialmente a través de personas con experiencia propia que cuentan su historia en países como el mío.

Marie Abanga, Camerún

3.1.3 Carga

Los estudios sobre la carga de enfermedad estiman los efectos de la enfermedad, los traumatismos y la muerte prematura en toda la población. Implican cálculos para los que se utiliza el año de vida ajustado en función de la discapacidad (AVAD). Un AVAD representa la pérdida de un año de salud plena. Los AVAD combinan en una medida los años de vida perdidos por muerte prematura (AVP) y los años vividos con discapacidad (AVD) para estimar la carga general de cada causa de enfermedad y traumatismo. En el 2019, en todas las edades, los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas supusieron, en conjunto,

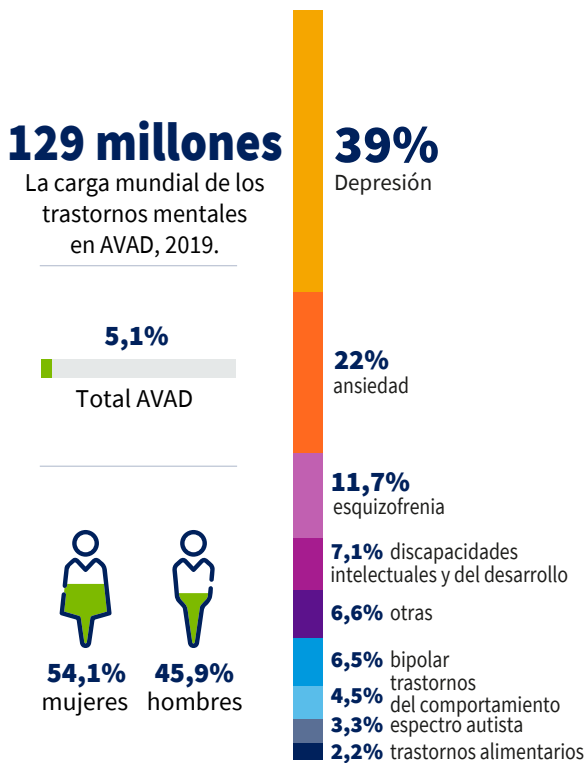
1 de cada 10 AVAD (10,1%) en todo el mundo. Los trastornos mentales representaron el 5,1% de la carga mundial (véase la [figura 3.5](#)). Los trastornos neurológicos constituyeron otro 3,5%, mientras que los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas fueron el 1,5%.

En todos los países, la carga de los trastornos mentales abarca el curso de vida completo: desde los primeros años, en los que problemas como los trastornos del desarrollo y los trastornos del comportamiento infantil son los que más contribuyen a la carga, hasta la edad adulta y la vejez, en las que dominan los trastornos depresivos y de ansiedad. En general, la mayor carga se registra en la edad adulta temprana.

En todos los trastornos mentales, la mayor parte de la carga se manifiesta como AVD, en lugar de AVP. Esto se debe a la forma en que se realizan las estimaciones de la carga, en las que no se atribuye ninguna muerte a problemas como los trastornos depresivos o el trastorno bipolar, y se incluyen las autolesiones y el suicidio en una categoría separada de lesiones intencionales (127).

Los trastornos mentales son la principal causa de años vividos con discapacidad (AVD), y representan uno de cada seis (15,6%) AVD en el mundo. Los trastornos por consumo de sustancias psicoactivas son la causa de otro 3,1% de los AVD; y los trastornos neurológicos, del 6,4%. Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas combinados son la causa de uno de cada cuatro AVD a nivel mundial.

FIG. 3.5 La carga mundial de los trastornos mentales en años de vida **ajustados en función de la discapacidad (AVAD)**, 2019

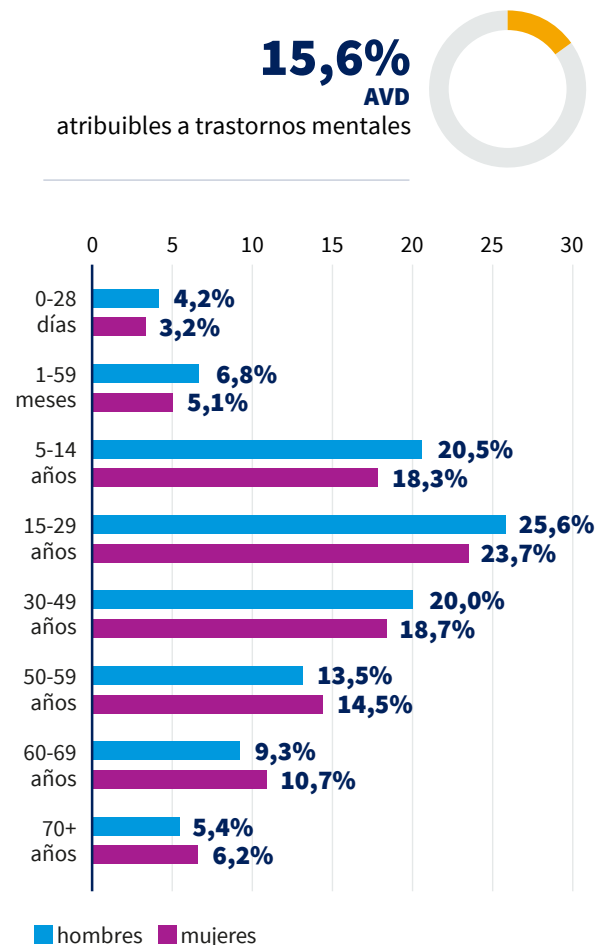


Fuente: OMS, 2019 (128)

A nivel mundial, los trastornos mentales representan **1 de cada 6 años** vividos con discapacidad.

La contribución de los trastornos mentales a los AVD varía a lo largo de la vida, desde menos del 10% en la población infantil y las personas mayores hasta más del 23% en la población joven de 15 a 29 años (véase la figura 3.6).

FIG. 3.6 Proporción de **años vividos con discapacidad (AVD)** atribuibles a trastornos mentales, a lo largo del **curso de vida**, 2019



Fuente: OMS, 2019 (129)

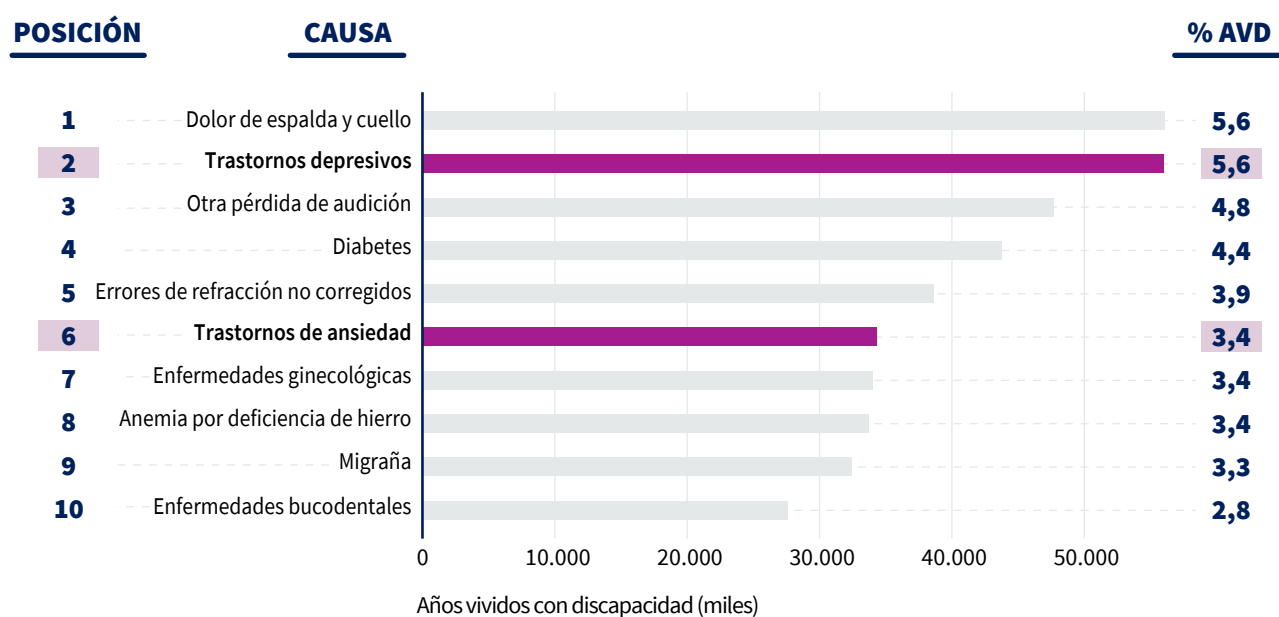
Desde el año 2000, tanto los trastornos depresivos como los de ansiedad han estado constantemente entre las diez principales causas de todos los AVD en el mundo. Los trastornos depresivos por sí solos son la segunda causa principal de AVD en el mundo, lo que significa el 5,6% de todos los AVD en el 2019 (véase la [figura 3.7](#)).

Se han cuantificado dos factores de riesgo importantes para estos trastornos mentales frecuentes como parte del estudio de la carga mundial de enfermedad correspondiente al 2019: ser víctima de abuso sexual infantil (exposición antes de los 15

años a cualquier contacto sexual no deseado) y ser víctima de intimidación o bullying (daño intencional y repetido a niños, niñas y adolescentes que asisten a la escuela por parte de sus compañeros). En el 2019, los niveles mundiales estandarizados según la edad de exposición a lo largo de la vida al abuso sexual infantil y la victimización por intimidación en el año anterior ascendieron a 9,4% y 7,3%, respectivamente (130). Juntos, estos factores de riesgo modificables representaron el 7,1% de todos los AVAD para el trastorno de ansiedad y el 9,9% de todos los AVAD para el trastorno depresivo mayor a nivel mundial.

FIG. 3.7

Top ten leading causes of global years lived with disability (YLDs), 2019



Source: WHO, 2019 (129).

3.2 Consecuencias económicas

Además de los costos directos del tratamiento, los problemas de salud mental implican una cantidad de costos indirectos asociados con la reducción de la productividad económica, mayores tasas de desempleo y otros efectos económicos.

Estos costos para la sociedad pueden ser significativos, y a menudo superan con creces los costos de la atención de la salud. Los investigadores del Foro Económico Mundial calcularon que un conjunto ampliamente definido de problemas de salud mental le costó a la economía mundial

aproximadamente US\$ 2,5 billones en el 2010, entre la pérdida de productividad económica (US\$ 1,7 billones) y los costos directos de la atención (US\$ 0,8 billones) (131). Se proyectó que este costo total aumentaría a US\$ 6 billones para el 2030 junto con el aumento de los costos sociales. Eso es más de lo que los investigadores previeron para los costos del cáncer, la diabetes y las enfermedades respiratorias crónicas combinadas. Se estimó que los países de ingresos bajos y medianos soportarían el 35% del costo de estos problemas de salud mental.

Los costos indirectos relacionados con los problemas de salud mental también pueden ser significativos para los países. Por ejemplo, en Filipinas, con un análisis se calculó que en el 2019 seis trastornos (psicosis, trastorno bipolar, trastorno depresivo, trastorno de ansiedad, dependencia del alcohol y epilepsia) le costaron a la economía nacional alrededor de US\$ 1.300 millones en capacidad productiva perdida debido a muerte prematura, discapacidad y reducción de la productividad en el trabajo (132). Combinado con los costos directos de la atención (alrededor de US\$ 53 millones), esto equivale al 0,4% del producto interno bruto del país.

Más recientemente, en el 2020, un examen sistemático de estudios del costo de las enfermedades en todo el mundo mostró que el costo social anual promedio de los problemas de salud mental, ajustado por la paridad del poder

adquisitivo al nivel de precios de Estados Unidos, oscila entre US\$ 1180 y US\$ 18 313 por persona tratada, según el trastorno (133). Este costo incluye tanto los costos directos del tratamiento y otros servicios, como otros costos, por ejemplo, la producción y los ingresos perdidos.

Se observó que el problema de salud mental que más costos generaba por persona a nivel mundial era la esquizofrenia. Los trastornos depresivos y de ansiedad generaron mucho menos costos por persona tratada, pero como son mucho más prevalentes contribuyen en gran medida al costo nacional general de los problemas de salud mental. Se observó que, en relación con todos los trastornos, casi la mitad del costo social total era generado por los costos indirectos, como la reducción de la productividad (133).

Naturalmente, incluso los estudios del costo de las enfermedades no proporcionan una imagen completa de los costos sociales de los problemas de salud mental. Por lo general, no asignan valor monetario a las personas que están fuera de la fuerza laboral remunerada, incluidos los cuidadores y las amas de casa. Solo se centran en las pérdidas de productividad, en lugar de en otros factores sociales que los individuos pueden valorar más, como las relaciones interpersonales, y, lo que es más importante, no incluyen costos intangibles como el sufrimiento psicológico (133).

3.3 Brechas en cuanto a la salud mental en el ámbito público

Además de afectar a todos los países del mundo y ser costosos, los problemas de salud mental también están gravemente desatendidos. Los resultados de la última evaluación en los Estados

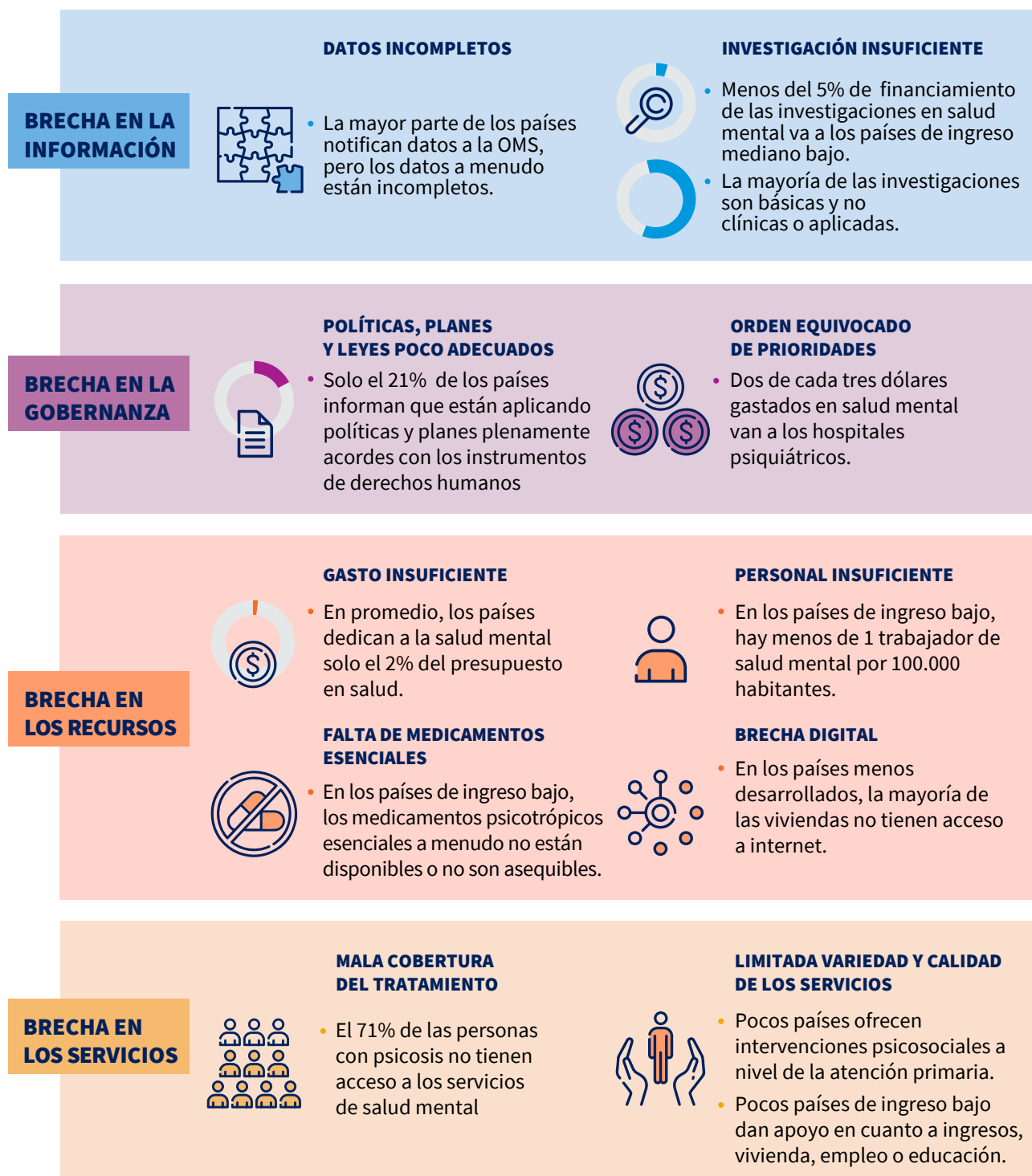
Miembros de la OMS (el atlas sobre la salud mental del 2020) muestran que los sistemas de salud mental de todo el mundo siguen teniendo importantes deficiencias en materia de

gobernanza, recursos, servicios, información y tecnologías para la salud mental (véase la figura 3.8). Estas deficiencias son importantes porque pueden obstaculizar gravemente la respuesta

de salud mental de un país. Las secciones a continuación destacan las características definitorias de algunas de las deficiencias clave.

FIG. 3.8

Brechas clave en cuanto a la salud mental en el ámbito público



3.3.1 Brecha en materia de información

Datos limitados sobre salud mental

En parte, la brecha en materia de información alude a las capacidades de los países para recopilar, notificar y supervisar datos confiables y actualizados sobre salud mental, incluso sobre políticas y leyes, fuerza laboral y servicios.

En la última década se ha avanzado mucho. Desde el 2014, la gran mayoría de los países (entre el 88% y el 91%) comunican sistemáticamente a la OMS datos sobre salud mental (5). El 76% de los Estados Miembros de la OMS confirmaron su capacidad para informar sobre cinco indicadores básicos de salud mental, en comparación con el 60% en el 2014 y el 62% en el 2017.

Sin embargo, con frecuencia los datos notificados están incompletos, particularmente sobre la disponibilidad y el uso de los servicios, algo que puede ser difícil de rastrear. Casi la mitad de los países afirmaron que recopilan regularmente datos sobre la actividad de los servicios de salud mental en el sector público para la formulación de políticas, la planificación o la gestión. En la mayoría de los casos, especialmente en los países de ingresos bajos, estos datos solo se compilan como parte de las estadísticas generales de salud y no están disponibles para la presentación de informes a la OMS. Una cuarta parte de los países de ingresos bajos y medianos no había recopilado datos sobre salud mental en los últimos dos años.

En muchos casos, los datos notificados por estos países provienen exclusivamente de hospitales psiquiátricos públicos y no incluyen servicios de salud mental e intervenciones realizadas en hospitales generales, entornos comunitarios, atención primaria de salud, escuelas o el sector privado (134). Esta es una limitación trascendente, dada la importancia de trasladar la atención de salud mental de los hospitales psiquiátricos a entornos comunitarios (véase el

capítulo 7, “Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto”) y la necesidad de vigilar estos cambios.

La falta de datos completos, independientes y comparables supone un obstáculo importante para el seguimiento y la rendición de cuentas en materia de salud mental. A fin de abordar este desafío, en la iniciativa Countdown Global Mental Health 2030 se recurre a un conjunto amplio e integrado de indicadores para rastrear los progresos en la salud mental (135). Estos indicadores, que hasta la fecha se han centrado en la salud mental de la población infantil y sus cuidadores, van más allá de los captados por las encuestas sobre servicios de salud mental existentes, como el atlas de la OMS sobre la salud mental, para incluir también datos sobre los determinantes de la salud mental y sobre los factores que determinan la demanda o la necesidad de atención de salud mental. Están disponibles a través de un panel interactivo de libre acceso al público, que la iniciativa pretende utilizar para informar la acción hacia la mejora de la salud mental (136).

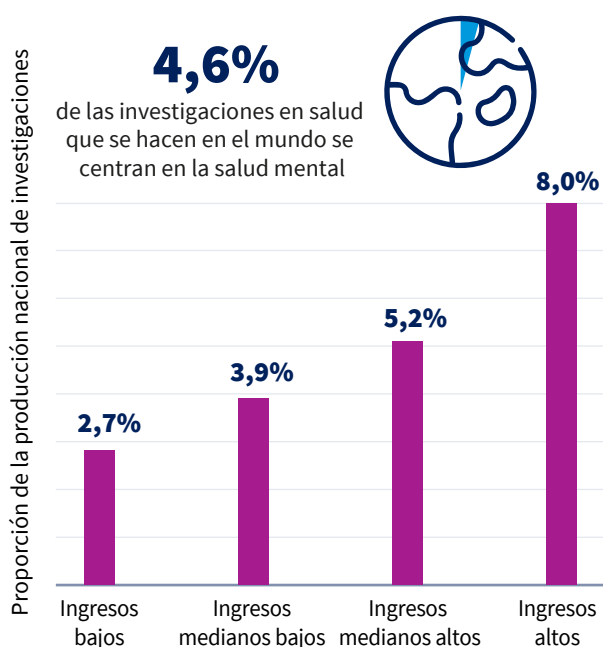
Investigación insuficiente y asimétrica

La segunda parte de la brecha en materia de información es una laguna en la investigación que podría ayudar a los países a elaborar y aplicar estrategias de intervención pertinentes y adaptadas. Los análisis en el *atlas sobre la salud mental del 2020* muestran que, si bien el nivel absoluto de producción de investigación en materia de salud mental (medido por estudios publicados reflejados en bases de datos de investigación) ha aumentado en un 12% desde el 2013, otros resultados de investigación en materia de salud han aumentado aún más rápido, por lo que la proporción de investigación en la salud que se centra en la salud mental está disminuyendo ligeramente (del 5,0% en el 2013 al 4,6% en el 2019).

El *atlas sobre la salud mental del 2020* también muestra grandes diferencias respecto de la investigación en materia de salud mental entre las regiones y los grupos de ingresos. En particular, la proporción de investigación nacional en la salud centrada en la salud mental es casi tres veces mayor en los países de ingresos altos que en los de ingresos bajos (véase la *figura 3.9*).

FIG. 3.9

Proporción de la investigación nacional en salud que se centra en la salud mental, desglosada por grupos de ingreso



Un análisis reciente de las desigualdades respecto del financiamiento de la investigación en la salud mental muestra que el 99% de la investigación es financiada por países de ingresos altos, y que la mayoría de las investigaciones en la salud mental se realiza en países de ingresos altos, con menos del 5% del financiamiento de la investigación destinada a los países de ingresos bajos y medianos (137). Cuando se realiza una investigación de gran envergadura

en países de ingresos bajos y medianos, a menudo es dirigida por investigadores de países de ingresos altos o con sede en ellos, lo que refuerza las asimetrías de poder (138).

En el mundo, se invierten alrededor de US\$ 3 700 millones al año en investigación en la salud mental, aproximadamente el 7% del financiamiento mundial de la investigación en la salud (137). En general, más de la mitad (56%) de los fondos destinados a la investigación en la salud mental se gasta en investigación básica en lugar de investigación clínica o aplicada (véase la *figura 3.10*). Además, algunos campos de la salud mental carecen de fondos suficientes en comparación con otros. En particular, el suicidio y los comportamientos autolesivos, que son objeto del único indicador explícito de los ODS sobre salud mental, reciben menos del 1% del financiamiento total de la investigación en la salud mental.

3.3.2 Brecha en materia de gobernanza

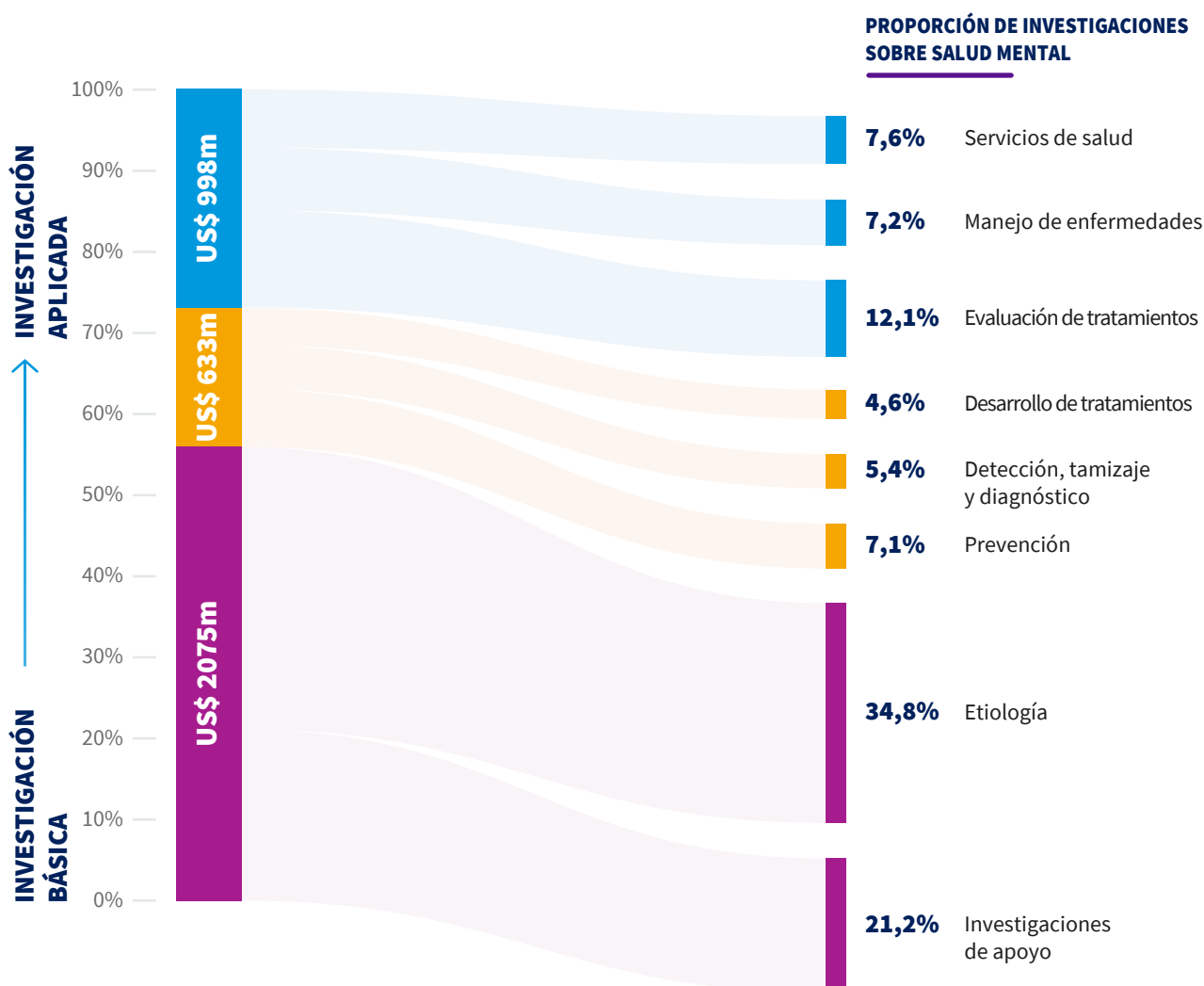
Políticas, planes y leyes inadecuadas

Las políticas, planes y leyes bien definidos proporcionan la base para la acción en materia de salud mental. Suponiendo que se apliquen adecuada y plenamente, son el pilar de la buena gobernanza.

En total, 146 países (86% de los Estados Miembros de la OMS) informaron que contaban con una política o plan de salud mental, ya sea independiente o integrado en políticas o planes generales de salud. Un poco más de la mitad (56%) de los países que respondieron informaron haber actualizado sus planes de salud mental en los últimos dos años. Alrededor de 90 países (menos de la mitad de los Estados Miembros de la OMS) tenían un plan específico para la población infantil y adolescente. Un tercio de ellos no había sido actualizado desde el 2017.

FIG. 3.10

La mayoría de las investigaciones en salud mental se centran en un sector del espectro: el de investigaciones básicas



Fuente: Woelbert et al, 2020 (137).

Claro que simplemente tener un plan en marcha no es suficiente para satisfacer las necesidades de atención de salud mental: los planes deben ser acordes con los instrumentos de derechos humanos, estar plenamente financiados y ejecutados, y tener seguimiento y ser evaluados periódicamente.

Solo la mitad (51%) de los Estados Miembros de la OMS informaron que sus políticas o planes de salud mental estaban plenamente acordes con los instrumentos de derechos humanos. Alrededor de un tercio (31%) informó sobre planes que se estaban aplicando y solo el 21% de los Estados Miembros de la OMS notificaron

políticas o planes que se estaban aplicando y que respetaban plenamente los instrumentos de derechos humanos. Esta proporción varió significativamente entre los grupos de ingresos, desde el 32% para los países de ingresos medianos altos hasta solo el 3% para los países de ingresos bajos (véase la [figura 3.11](#)).

Pocos países supervisaron eficazmente la aplicación de sus políticas o planes de salud mental. Solo el 23% de los países que respondieron informaron haber utilizado indicadores o metas para supervisar la mayoría o todos los componentes de su plan de salud mental. Un tercio de los países que respondieron informaron que utilizaban indicadores para supervisar algunos componentes de su plan. Casi una cuarta parte informó que no utilizaba ningún indicador.

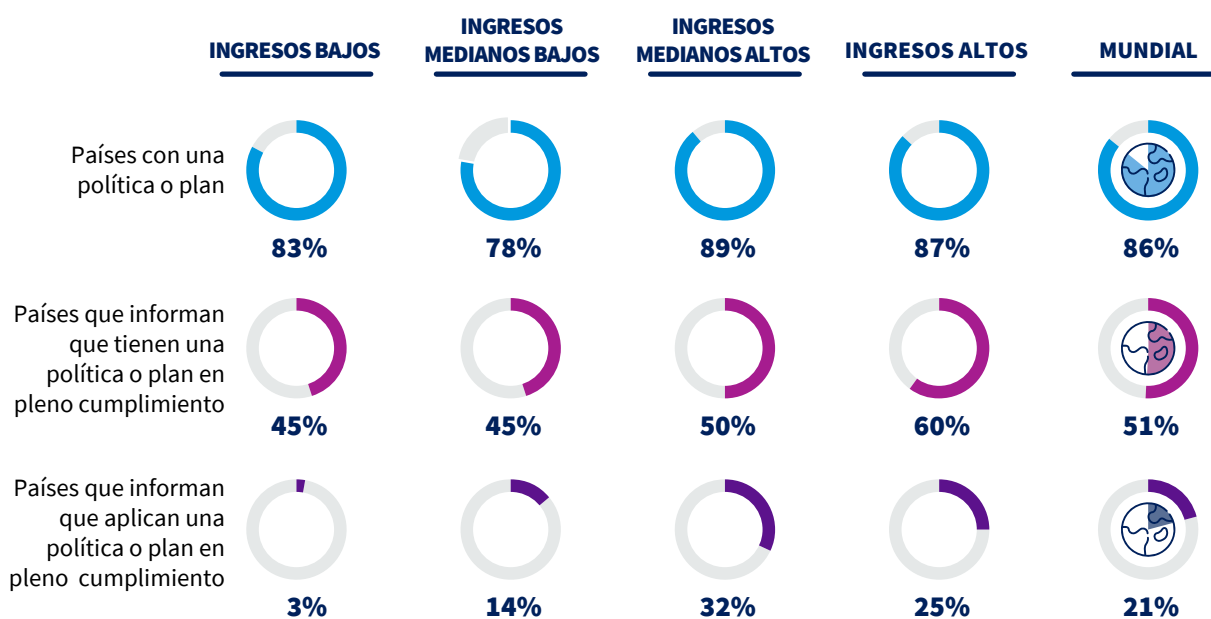
Un patrón similar se observa en la legislación sobre salud mental: el 80% de los Estados Miembros de

la OMS informaron que contaban con una ley independiente o integrada para la salud mental, pero solo el 38% informó que sus leyes se ajustaban plenamente a los instrumentos de derechos humanos, y solo el 28% informó contar con leyes totalmente acordes que estaban en proceso de aplicación. Una vez más, hubo una gran diferencia entre los grupos de ingresos, ya que el 40% de los Estados Miembros de la OMS de ingresos altos tenían una ley plenamente compatible en proceso de aplicación, en comparación con solo el 3% de los Estados Miembros de ingresos bajos.

Tanto en lo que se refiere a las políticas como a las leyes, las personas con problemas de salud mental siguen estando escasamente representadas en los procesos de toma de decisiones y desarrollo de la mayoría de los países, así como en los mecanismos de rendición de cuentas que supervisan, evalúan y notifican el cumplimiento de los instrumentos de derechos humanos (139).

FIG. 3.11

Estado de las políticas y los planes nacionales de salud mental, desglosado según el ingreso de los países



Fuente: OMS, 2021 (5).

Disparidades y orden equivocado de prioridades

La mayoría de los países de ingresos bajos y medianos asignan escasa prioridad a la salud mental en las políticas y planes de salud más generales, si se compara con otros problemas de salud onerosos, como las enfermedades transmisibles y no transmisibles. Los recursos para salud mental también se distribuyen injustamente entre países, regiones y comunidades. El resultado es que en los grupos poblacionales con altas tasas de privación socioeconómica el nivel de acceso a la atención es el más bajo (140). Las zonas urbanas tienden a contar con mejores recursos que las rurales.

Generalmente se priorizan los servicios de salud mental para personas adultas en detrimento de los servicios para la población infantil o las personas mayores, lo que lleva a que la atención para estos grupos esté menos disponible o sea menos adecuada. Algunos servicios también son deficientes para muchos grupos marginados, como los pueblos indígenas, las minorías étnicas y sexuales, las personas sin hogar, las personas refugiadas y las personas migrantes. Es importante destacar que no solo la atención es menos accesible y de peor calidad para las personas de los países de ingresos bajos, sino también para los grupos menos privilegiados de todos los países (141).

En todos los grupos poblacionales, se priorizan la disponibilidad de camas y el tratamiento en instituciones en detrimento de la disponibilidad de servicios en la comunidad. Tanto en personal como en presupuesto, la mayoría de los recursos disponibles para la salud mental terminan concentrados en los hospitales psiquiátricos, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Más del 70% del gasto en la salud mental en los países de ingresos medianos (en comparación con el 35% en los países de ingresos altos) se destina a hospitales psiquiátricos, que mayormente atienden a personas con trastornos graves de salud mental (5). En los países de ingresos bajos, a los hospitales psiquiátricos se destinan

proporciones igualmente grandes, si no mayores, del presupuesto de salud mental. En general, dos de cada tres dólares (66%) gastados por los gobiernos en la salud mental en el mundo van a los hospitales psiquiátricos independientes de atención intrahospitalaria (5). Esta es una forma ineficiente de utilizar los recursos para la salud mental.

La mayoría de los países gastaron **menos del 20%** de su presupuesto de salud mental en servicios comunitarios de salud mental.

En el 2019, la mayoría de los países que presentan información (67%) gastaron menos del 20% de su presupuesto de salud mental en servicios comunitarios de salud mental. Alrededor del 80% de los países gastaron menos del 20% destinado a la salud mental en hospitales generales y, de manera similar, el 80% de los países gastaron menos del 20% destinado a la salud mental en la atención primaria. Los gastos en programas de prevención y promoción fueron aún menos frecuentes (5).

Los financiadores internacionales también dejan de lado la salud mental, a la que asignan solo una fracción de los fondos que reciben otros problemas de salud y, a menudo, los fondos se concentran en proyectos de corto plazo en lugar de apoyar el diseño y la prestación a largo plazo de los sistemas de salud mental. Si bien la asignación del presupuesto de salud nunca se debe basar únicamente en la carga, esta última es un factor a tener en cuenta al establecer prioridades para las intervenciones de salud. Del 2006 al 2016, solo el 0,3% de la asistencia mundial para el desarrollo fue destinada a la salud mental (142). En comparación, el control de las infecciones de transmisión sexual (ITS), incluida la infección por el VIH/sida, recibió casi el 50% de la asistencia

mundial para el desarrollo destinada a la salud en el mismo período, a pesar de que la carga de AVAD atribuida a los trastornos mentales fue más de tres veces mayor que la de las ITS (143).

3.3.3 Falta de recursos

La aplicación limitada de planes, políticas y legislación de salud mental se debe, en parte, a la falta de recursos, tanto humanos como financieros, disponibles para la salud mental.

En el atlas sobre la salud mental del 2020 se muestra que solo la mitad de los países con una política o plan de salud mental también han calculado los recursos financieros que necesitan para aplicarlo (el 60% incluye una estimación de los recursos humanos necesarios). Solo alrededor de un tercio de los países han asignado recursos financieros y humanos para aplicar su política o plan de salud mental.

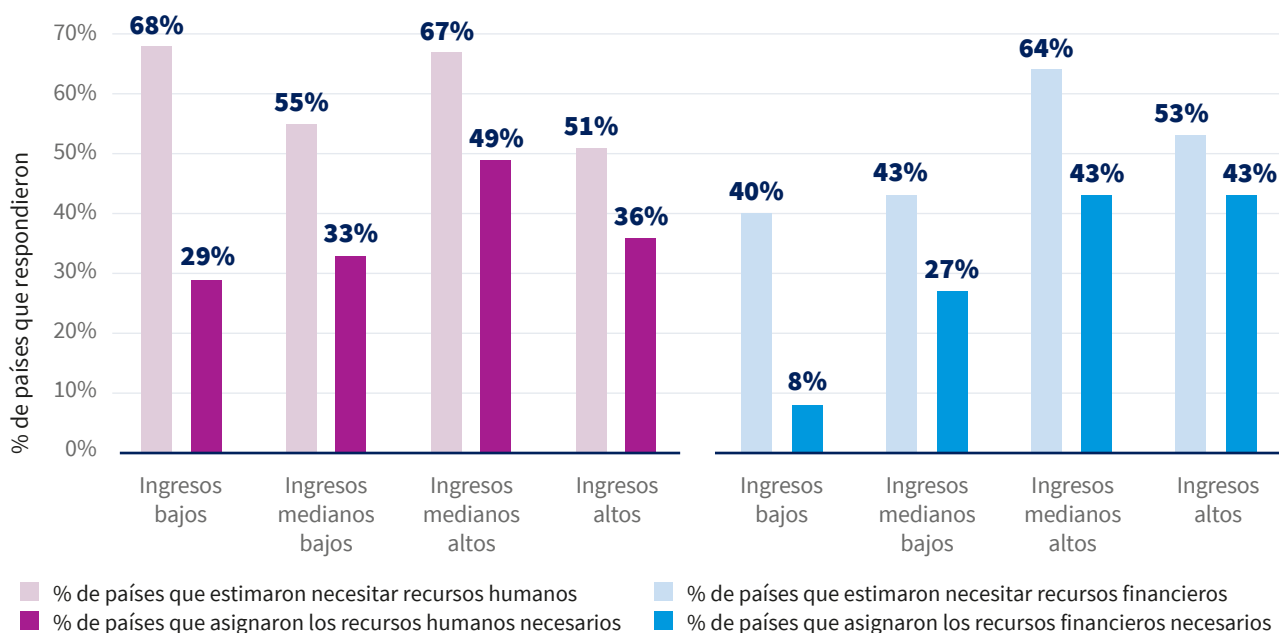
El desfase entre la estimación de los recursos y su asignación es particularmente marcado en los países de ingresos bajos. Por ejemplo, mientras que el 40% de estos países han estimado el financiamiento que necesitan, solo el 8% ha asignado realmente los recursos necesarios (véase la figura 3.12).

Gasto insuficiente

El gasto en la salud mental incluye las actividades realizadas en todos los niveles de atención, así como los costos del programa, como la administración, la capacitación y la supervisión, y las actividades de promoción y prevención. Calcular el nivel total de gasto en la salud mental en muchos países es difícil debido a la variedad de servicios, prestadores de servicios y fuentes de financiamiento involucrados.

FIG. 3.12

La brecha entre la estimación de los recursos y su asignación en la ejecución de los planes relativos a la salud mental



Fuente: OMS, 2021 (5).

En muchos casos, incluso calcular el gasto público puede ser difícil. Los presupuestos para la atención de salud en general tienden a asignar fondos a categorías genéricas como hospitales o atención primaria de salud, en lugar de a problemas de salud específicos (como la depresión). Todos los problemas de salud tratados en ese nivel o establecimiento se financian con la asignación genérica. En el presupuesto, por ejemplo, se pueden desglosar además asignaciones para medicamentos, personal y equipo, pero rara vez se incluirán fondos específicamente destinados a la atención de salud mental.

Los gobiernos de todo el mundo asignan **solo el 2%** de su presupuesto de salud al tratamiento y la prevención de los problemas de salud mental.

Aun así, la mayoría (pero no todos) de los países dedican solo una pequeña fracción de sus presupuestos de atención de la salud a la salud mental, y su gasto es desproporcionadamente bajo para sus necesidades. Aunque algunos países de ingresos altos gastan hasta el 10% o más, en el atlas sobre la salud mental del 2020 se muestra que en todo el mundo la asignación media de los presupuestos gubernamentales de salud a la salud mental asciende a solo el 2%.¹ En los países de ingresos bajos y medianos, esta cifra cae a solo el 1%.

La necesidad de invertir en la promoción, protección y atención de la salud mental no se limita al sector de la salud. Apoyar la integración social de las personas con problemas de salud mental requiere medidas en todos los

servicios sociales, la educación, el trabajo y la justicia. Las inversiones de estos sectores en la salud mental tienden a ser incluso menores que las realizadas por el sector de la salud.

Personal insuficiente para la salud mental

Además del gasto insuficiente, muchos países enfrentan una gran escasez de personal capacitado para tratar la salud mental. Esto incluye la escasez de personal de enfermería en el ámbito de la salud mental, asistentes sociales psiquiátricos, profesionales en psiquiatría y psicología, consejeros y otro personal de salud mental remunerado.

Casi la mitad de la población mundial vive en países en los que solo hay un profesional de la psiquiatría para atender a 200 000 o más personas. Otros prestadores de atención de salud mental capacitados para realizar intervenciones psicosociales son aún más escasos (5). En los países de ingresos bajos hay menos de un profesional de salud mental de cualquier tipo por 100 000 habitantes, en comparación con más de 60 en los países de ingresos altos (véase la figura 3.13; la mediana en todos los países es de 13 por 100 000 habitantes). En todos los grupos de ingresos, la mayoría del personal de salud mental pertenece al personal de enfermería, que en conjunto representa el 44% de la fuerza laboral mundial en el ámbito de la salud mental.

Hay una gran escasez de personal especializado en salud mental para la población infantil y adolescente en todos los grupos de ingresos, con solo tres profesionales de salud mental de cualquier tipo por 100 000 habitantes, y una tasa mediana tan baja como 0,01 por 100 000 habitantes en los países de ingresos bajos. En estos países, el personal de salud mental para la población infantil y adolescente era prácticamente inexistente.

¹ Estos números se deben interpretar con cautela, ya que solo 67 países presentaron datos sobre el gasto público al atlas sobre la salud mental del 2020 (5).

En los países de ingresos bajos y medianos, el personal de salud mental para la población infantil y adolescente es prácticamente inexistente.

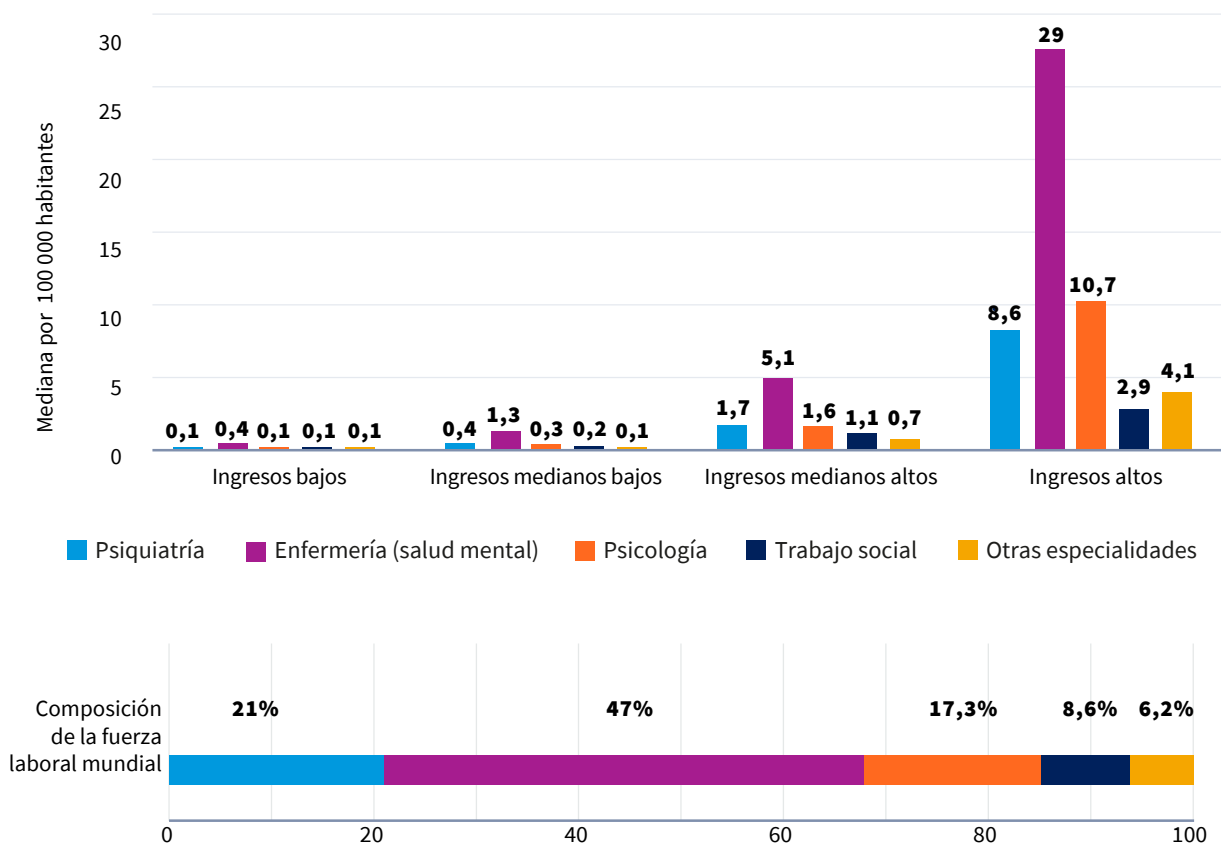
La escasez de competencias se agrava porque poco personal médico, de enfermería y asociados clínicos no especialistas han sido capacitados para reconocer y tratar a los pacientes con problemas de salud mental en la atención primaria de salud. En el 2020, el número de países que informan que el personal de atención primaria de salud recibe capacitación sobre cómo manejar los problemas de salud mental es alto (146 o el 88% de los países) (5). Esto parece indicar un interés por la

distribución de tareas para aumentar la reserva de personal disponible para la atención de salud mental. Aun así, todavía la mayoría de los países no tiene ni de lejos el nivel de personal especializado y capacitado requerido para atender a todas las personas que lo necesitan, con solo el 25% de los Estados Miembros de la OMS que informó que había integrado la salud mental en la atención primaria (véase la sección “Brecha en los servicios”). Esto significa que, más allá de la distribución de tareas, otras soluciones pueden y deben ampliarse rápidamente, incluidas las soluciones de ciber salud, aunque la brecha digital sigue siendo una barrera adicional para el acceso a los servicios de salud y el desarrollo socioeconómico en general (véase el apartado “Brecha digital” más adelante).

FIG. 3.13

The specialized mental health workforce across country income groups

FUERZA LABORAL ESPECIALIZADA DEL CAMPO DE LA SALUD MENTAL, DESGLOSADA SEGÚN GRUPOS DE INGRESOS



Fuente: OMS, 2021 (5).

Falta de medicamentos esenciales

Otro aspecto de la brecha de recursos es la disponibilidad limitada de medicamentos psicotrópicos esenciales, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. En estos países, cuando los medicamentos sí están disponibles, muchas personas terminan pagándolos de su bolsillo (5).

En una revisión reciente de 112 listas nacionales de medicamentos esenciales, encargada para este informe, se encontraron inequidades entre los países respecto de la lista, la disponibilidad, los precios y la asequibilidad de los medicamentos psicotrópicos esenciales (144).

La revisión mostró que hasta el 40% de los países de ingresos bajos no incluyeron medicamentos esenciales que han estado en la Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS durante décadas, como la flufenazina de liberación prolongada (efecto prolongado) para la esquizofrenia y el estabilizador del estado de ánimo de carbonato de litio para el trastorno bipolar. Otras deficiencias de insumos pueden estar detrás de algunas de estas omisiones; por ejemplo, se necesitan pruebas de laboratorio para controlar el uso de algunos medicamentos, para evitar el uso inapropiado o los efectos secundarios graves (véase la [experiencia de Eleni](#)).

La revisión también mostró que algunos antipsicóticos de segunda generación en la lista modelo para la esquizofrenia (risperidona y clozapina) solo se incluyeron en el 35% y el 25%, respectivamente, de las listas nacionales de medicamentos esenciales en países de ingresos bajos.

La disponibilidad real de diferentes medicamentos psicotrópicos esenciales fue menor en el sector público que en el sector privado, y muy por debajo del 50% en todo el mundo, a menudo mucho menor en los países de ingresos bajos en los que hay una alta incidencia de

desabastecimiento. En el sector público de los países de ingresos bajos, los medicamentos antidepresivos amitriptilina y fluoxetina fueron tres veces más caros que el precio unitario de referencia internacional. En general, en la revisión se observó que los medicamentos psicotrópicos esenciales eran menos asequibles para las personas de los países de ingresos bajos que para las personas de otros países (144).

Brecha digital

Ya sea por medio de sistemas electrónicos o aplicaciones móviles, las tecnologías digitales se están convirtiendo en una parte estandarizada de la atención de salud mental en todo el mundo (véase el apartado “[Primer plano: Aprovechar las tecnologías digitales para la salud mental](#)” en el capítulo 5). Pueden ser fundamentales para ampliar el acceso a la atención para problemas frecuentes de salud mental como la depresión o la ansiedad, y también pueden proporcionar una plataforma para brindar atención remota, como durante la pandemia de COVID-19, cuando las opciones presenciales se cerraron como parte de las restricciones sociales.

Sin embargo, al confiar en las tecnologías digitales para brindar servicios de salud mental se corre el riesgo de excluir a algunas de las personas más vulnerables del mundo de la atención que necesitan y no abordar todo el espectro de problemas de salud mental que tienen las personas. Para muchas personas en los países de ingresos bajos y medianos, los teléfonos móviles son la única forma de conectarse a Internet y acceder a información y recursos valiosos que de otro modo estarían fuera de su alcance. El acceso a los teléfonos móviles ha aumentado exponencialmente en los últimos años, con redes móviles que ahora cubren más del 85% de la población en todas las regiones del mundo (145). Incluso donde hay redes disponibles, no todas las

personas tienen un teléfono inteligente, e incluso para quienes lo tienen, el acceso a Internet puede ser prohibitivamente costoso. De hecho, las cifras de cobertura de redes móviles solo cuentan la mitad de la historia: el análisis del 2019 mostró que alrededor de la mitad de la población mundial no tenía conexión a Internet, con grandes disparidades dentro de los países y entre ellos (145). Solo el 20% de los hogares en los países de ingresos bajos estaban conectados a Internet en el 2019, en comparación con el 87% de las personas en los países desarrollados (145). En el África Subsahariana, en gran medida los sistemas inalámbricos 4G o más nuevos seguían sin estar disponibles. En todas las regiones, pero especialmente en el África Subsahariana, las personas que vivían en zonas rurales tenían la mitad de las probabilidades de estar conectadas a Internet que las que vivían en zonas urbanas, y las mujeres eran menos propensas a usar Internet que los hombres. En todas las regiones, la población joven (de 15 a 24 años) era la que con más frecuencia accedía a Internet.

Las encuestas realizadas en países de ingresos altos sugieren además que las personas con problemas de salud mental tienen un mayor riesgo de exclusión digital, debido a la privación material y las menores oportunidades de utilizar o recibir formación en tecnología de la información o Internet, y esto incluye a las personas que residen en centros de atención a largo plazo (146).

Todas estas disparidades contribuyen a la brecha digital que agrava las desigualdades existentes en el acceso a los servicios de salud mental.

Incluso si la conectividad a Internet mejora, muchos países aún necesitan aumentar su inversión en sistemas de información de salud mental, empoderamiento de los usuarios de servicios y desarrollo de la fuerza laboral para que el paso de la prestación de atención analógica a digital sea una realidad para todas las personas.

3.3.4 Brecha en los servicios

Mala cobertura del tratamiento

Con casi mil millones de personas en el mundo que tienen un trastorno mental, la necesidad de servicios adecuados y accesibles es evidente. Sin embargo, en todo el mundo los sistemas de salud mental son insuficientes para satisfacer las necesidades de su población.

El desfase entre la prevalencia y el tratamiento sigue siendo inaceptablemente grande. Los investigadores sugieren que en todo el mundo una gran proporción de personas con problemas de salud mental no reciben tratamiento alguno ni ningún tipo de atención formal en absoluto. Por ejemplo, la OMS calcula que solo el 29% de las personas con psicosis accede a servicios de salud mental (5).

Las brechas en el tratamiento varían según los países y según el trastorno mental. Por ejemplo, mientras que el 70% de las personas con psicosis reciben tratamiento en países de ingresos altos, solo el 12% de las personas con psicosis reciben atención de salud mental en países de ingresos bajos (5). En relación con la depresión, las brechas en la cobertura de los servicios son amplias en todos los países: incluso en los países de ingresos altos solo un tercio de las personas con trastornos depresivos mayores reciben atención formal de salud mental (147).

Calidad y disponibilidad variables de servicios

En todos los países, la brecha en términos de la cobertura de servicios se ve agravado por la calidad variable de la atención. Por calidad se entiende en qué medida la atención de salud mental está en consonancia con los principios de los derechos humanos, si el tratamiento cumple o no con estándares mínimos definidos de idoneidad, y hasta qué punto la atención de salud mental apoya la inclusión social.

TESTIMONIO

Vivir en un país de ingresos bajos significa enfrentarse a barreras que impiden acceder a una atención de calidad



La experiencia de Eleni

Lucho contra el trastorno bipolar en Etiopía, un país de ingresos bajos. Esto significa enfrentar obstáculos que impiden acceder a una atención de salud mental con estándares mínimos.

Los suministros de medicamentos son escasos, irregulares y caros. El hecho de ser un país pobre implica falta de divisas para importar medicamentos de manera sostenible. La mayoría de las veces, tuve que cambiar de un medicamento que me permitía tener una vida estable a uno que no era óptimo debido a la falta de disponibilidad en el mercado. ¿No es triste contar que muchos de mis episodios anímicos en realidad fueron provocados por estos cambios involuntarios en la medicación?

Incluso cuando los medicamentos están disponibles, la dosis prescrita puede no estarlo. Recuerdo que me recetaron un estabilizador del estado de ánimo de 25 mg, pero en el mercado solo había de 100 mg. Esto no me dejó otra opción que dividir la pastilla en 4 partes con un cuchillo

de cocina. La mayoría de las veces, la mitad de la tableta se haría polvo, ya que no tiene ranuras incorporadas.

No solo la medicación, sino con frecuencia tampoco están disponibles las pruebas de laboratorio para vigilar los rangos terapéuticos. Me prescribieron un estabilizador del estado de ánimo que requería análisis de sangre periódicos. Nunca olvidaré las reacciones tóxicas que sufrí porque mi nivel en sangre no podía controlarse. Los productos químicos para esos análisis de sangre no se podían importar en ese momento.

Siempre he cubierto los costos de mi tratamiento de salud mental. Tengo el privilegio de tener una familia de ingresos medianos, aunque esto impuso una pesada carga sobre nuestros ingresos. No hay planes de seguro médico. A veces, compraba medicamentos en el mercado negro. Eran muy caros, pero ese era el precio para una vida funcional estable.

Eleni Misganaw, Etiopía

Aunque es un aspecto difícil de cuantificar, la atención de la salud mental no está en consonancia con los principios de los derechos humanos en todo el mundo (22). Los abusos y las condiciones de vida deficientes en muchos hospitales psiquiátricos son especialmente notorios y generalizados (véase la experiencia de la Sra. BN y la sección 4.2.2, “El derecho a una atención de calidad”).

En el caso de las personas con trastornos mentales que reciben tratamiento, solo una pequeña proporción recibe una atención que cumple con los estándares mínimos de idoneidad. Una revisión sistemática reciente de la cobertura del tratamiento para el trastorno depresivo mayor mostró que el tratamiento mínimamente adecuado varió del 23% en los países de ingresos altos al 3% en los países de ingresos bajos y medianos bajos (147).

A menudo, el abanico de intervenciones disponibles es muy limitado, con pocas alternativas a la atención biomédica. En el 2020, los Estados Miembros de la OMS informaron que la disponibilidad de las intervenciones farmacológicas era muy superior a la de las intervenciones psicosociales (5). La brecha está particularmente en los países de ingresos altos; el 71% de estos países informan intervenciones farmacológicas en los centros de atención primaria, pero solo el

34%, intervenciones psicosociales en esos centros. En los países de ingresos bajos y medianos, la brecha respecto de la disponibilidad entre los diferentes tipos de intervención es mucho menor, pero esto se debe a que ninguno de los dos tipos de intervención se realiza generalizadamente en la atención primaria de salud.

En muchos países, los sistemas de atención de salud mental tampoco proporcionan toda la gama de apoyo social que pueden necesitar las personas con problemas de salud mental. En el 2020, casi todos los países de ingresos altos (96%) informaron que proporcionaban atención social y refuerzo de los ingresos a personas con problemas de salud mental, en comparación con el 21% de los países de ingresos bajos que proporcionaban un refuerzo a los ingresos y el 38% que brindaban atención de apoyo social (5).

Otros tipos de apoyo social fundamental, como la vivienda, el empleo, la educación y la asesoría legal, son escasos en casi todas partes. Menos del 45% de los países del mundo informaron haber proporcionado alguno de estos tipos de apoyo y solo el 24% informó haberlos proporcionado todos. La vivienda fue la forma de apoyo menos disponible a nivel mundial (36%), pero especialmente en los países de ingresos bajos (4%), en los que el apoyo al empleo y la educación fueron igualmente escasos.

3.4 Obstáculos que limitan la demanda de atención

En parte, la extremadamente alta necesidad insatisfecha de atención de salud mental, incluso de las personas con problemas de salud mental graves, se debe a la falta de demanda o aceptación de los servicios. Esta renuencia o incapacidad para buscar ayuda se puede deber a una variedad de factores, que van desde el alto costo, la mala calidad y el

acceso limitado, hasta la falta de conocimiento sobre la salud mental, la estigmatización y las malas experiencias previas con la búsqueda de ayuda.

En las secciones a continuación se resumen algunas de las mayores barreras que limitan la demanda de atención en todo el mundo.

TESTIMONIO

Les escribo como última esperanza



La experiencia de la Sra. BN

Hace unos años mi hijo, un estudiante, cayó enfermo y fue ingresado en el sanatorio de [...], que yo diría que ha sido olvidado por el mundo y por Dios. Las condiciones allí son miserables. Nada más entrar me abrumó la atmósfera espantosa: pacientes sucios, desaliñados y muy, muy flacos me rodearon pidiendo un poco de pan. En cuanto al edificio, está en un estado lamentable: muchas ventanas rotas, paredes que no se han pintado en años y baños totalmente fuera de servicio.

Ni siquiera hay una cama por paciente, por lo que las personas tienen que dormir en colchones en el suelo. No hay agua corriente y la mayor parte de la cocción se realiza con agua de lluvia. Lo peor es la comida. Voy allí todas las semanas y veo patas o cabezas de cerdo en los platos de los internados. En varias ocasiones he visto cómo se servía margarina mohosa y se daba carne podrida a los cocineros para que la prepararan. No puedo encontrar una explicación de por qué un hombre normal trata a otras personas con tanta falta de respeto, como animales. En realidad, peor que a los animales, ya que los muchos perros en

el patio del sanatorio se alimentan con carne magra y fresca (lo he visto yo misma). A estos perros se les permite correr y morder a los internados, lo que los asusta tanto que no salen de los edificios a caminar por el patio.

Algunos de los pacientes son explotados por el personal, ya sea para trabajar en sus propios hogares o para hacer tareas al aire libre bajo el sol abrasador. Otros son golpeados o atiborrados de sedantes y no salen de sus camas.

A través de varias conversaciones y cartas he tratado de mejorar la situación de esos pobres internados, cuya vida ya ha estado lo suficientemente afectada por su destino y no necesitan que otros hombres la empeoren. Alguien incluso me ha respondido: "¿Por qué estás peleando tanto? Este lugar no es más que el desperdicio de la sociedad".

Esta es la razón por la que les escribo como última esperanza.

Extracto de una carta a la OMS.



3.4.1 Prestación deficiente

Existe una estrecha relación entre la demanda y la oferta de atención de salud mental. Cada una de las deficiencias descritas anteriormente (de información, gobernanza, recursos y servicios) compromete la prestación de atención de salud mental adecuada y de buena calidad. Sin embargo, la falta de servicios de salud mental de calidad disponibles, especialmente en los niveles primario y secundario de la atención, a su vez suprime la demanda.

En muchos lugares no existen servicios formales de salud mental, y aun cuando esos servicios están disponibles, suelen ser inaccesibles o inasequibles. Las preocupaciones sobre la ubicación, el costo, el tratamiento y la confidencialidad pueden aumentar la renuencia a buscar ayuda.

La clave es localizar adecuadamente los servicios. En los países de ingresos bajos y medianos, muchos servicios de salud mental se concentran desproporcionadamente en hospitales psiquiátricos de las principales ciudades o cerca de ellas. Esto significa que las personas en entornos rurales a menudo no pueden usarlos o eligen no hacerlo: el viaje puede ser demasiado costoso; los sistemas de transporte, demasiado precarios, y el tiempo que demanda el traslado, excesivo.

Dos terceras partes de los países de ingresos bajos no incluyeron la atención de salud mental en los planes nacionales de seguro de salud.

Incluso para quienes viven cerca de los servicios de salud mental, el costo del tratamiento puede ser una barrera importante para la demanda de atención de salud mental. Dos tercios de los países de ingresos bajos que presentaron informes a la OMS en el 2020 no incluyeron la atención de

salud mental en los planes nacionales de seguro de salud (5). Esto significa que las personas que lo necesitan tienen que financiar su atención, a menudo gastando sumas importantes y que pueden empobrecerlas. La investigación en Etiopía, India, Nepal y Nigeria muestra que pagar la atención de salud mental aumenta significativamente la probabilidad de que un hogar gaste por encima de sus recursos, lo que lo puede llevar a endeudarse y a la pobreza (148). Un estudio en Goa (India) mostró que las mujeres con depresión tenían tres veces más probabilidades que otras mujeres de destinar más de la mitad de su gasto mensual del hogar a cubrir gastos directos en la salud. (149).

Los sistemas de atención deficientes o de baja calidad suponen otra barrera que limita la demanda. Las experiencias pasadas negativas con los servicios de salud mental, la desconfianza en los profesionales de la salud y el tratamiento, y la renuencia a revelar problemas de salud mental pueden desempeñar un papel importante e impedir que se busque ayuda. Muchas personas, enfrentadas a la opción de no recibir atención o contactar con servicios que pueden ofrecer poca ayuda, tal vez no respeten la confidencialidad o puedan estigmatizarlos o incluso maltratarlos, optan por quedarse sin tratamiento.

3.4.2 Niveles bajos de conocimientos básicos en materia de salud mental

La escasa demanda de atención de salud mental también se puede deber a los niveles bajos de conocimientos básicos (o alfabetización) en materia de salud mental, lo que incluye la falta de conocimiento y escasa comprensión de la salud mental, así como las creencias y actitudes prevalecientes que socavan el valor otorgado a la salud mental y a su atención eficaz.

Cuando se trata de la salud física, se acepta ampliamente que las personas necesitan apreciar



y cuidar su salud, y que los gobiernos pueden ayudar a informar y apoyar a las personas, por ejemplo, promoviendo la actividad física y los hábitos alimentarios saludables y desalentando el consumo de tabaco y alcohol. Este enfoque es igual de importante para la salud mental.

Una encuesta mundial reciente realizada por Wellcome Trust mostró que la mayoría de las personas en el mundo creen que la salud mental es tan importante como la salud física o incluso más (150). Sin embargo, la idea de que la salud mental es algo que todas las personas deben entender y cultivar no es parte del discurso público común en la mayoría de las comunidades.

La realidad es que la mayoría de las personas pueden no tener acceso a información basada en la evidencia sobre oportunidades para promover su salud mental. Mientras tanto, las actitudes negativas generalizadas continúan devaluando a las personas con problemas de salud mental y perpetuando la discriminación y el abuso.

La encuesta mundial mencionada anteriormente muestra que las personas no están seguras de que la ciencia pueda ayudar a abordar los problemas de salud mental (150). En muchos casos, las personas no reconocen su propia necesidad de tratamiento (véase [la experiencia de Steven](#)).

Es posible que los cuidadores no tengan acceso a información personalizada para reconocer los problemas de salud mental en sus hijos, especialmente cuando se manifiestan como dolores de estómago, dolores de cabeza, irritabilidad, frustración, ira, cambios rápidos de humor y arrebatos emocionales, y comportamiento destructivo o desafiante. Los prestadores de atención médica en general también pueden pasar por alto estos síntomas de problemas de salud mental (151).

Las diferencias de creencias entre culturas influyen en la búsqueda de ayuda fuera del sistema formal de salud, por ejemplo, a través de la medicina tradicional o complementaria o la autoayuda (152). Todas las sociedades

probablemente tienen términos y conceptos para describir a las personas con problemas de salud mental, pero las ideas sobre cómo o por qué surgen estos problemas varían notablemente.

Asimismo, la necesidad de proporcionar apoyo especializado a las personas con problemas graves de salud mental es ampliamente reconocida, pero las ideas sobre cómo debería ser ese apoyo pueden no coincidir con los tratamientos basados en la evidencia predominantes. Por ejemplo, en muchos contextos culturales, los problemas frecuentes de salud mental como la depresión y la ansiedad no se consideran trastornos de salud que puedan ser atendidos a través del sistema formal de atención de la salud. En cambio, a menudo se espera que estos trastornos mejoren con el apoyo social y emocional de los familiares o a través de métodos de curación religiosos, tradicionales o alternativos y complementarios (153).

3.4.3 Estigmatización

Una de las mayores barreras para la demanda de atención de salud mental es el estigma asociado con los trastornos mentales. En todo el mundo, las personas con problemas de salud mental son objeto de estigmatización y discriminación profundamente arraigadas.

En todo el mundo, las personas con problemas de salud mental son objeto de estigmatización y discriminación profundamente arraigadas.

La sociedad en general tiene puntos de vista estereotipados sobre los problemas de salud mental y cómo afectan a las personas. Comúnmente se da por supuesto que las personas con problemas de salud mental son perezosas, débiles, poco inteligentes o difíciles (154). A menudo también se cree que son violentas y peligrosas, cuando en realidad corren más riesgo de ser atacadas por otros o de hacerse daño antes que de dañar a otras personas (155). Las mujeres con

TESTIMONIO



Puedes lograr lo que quieras

La experiencia de Steven

Mi ansiedad crónica comenzó hace unos 15 años, cuando estaba estudiando para obtener mi título de abogado. Me presioné mucho para ser un gran triunfador y puse el listón tan alto que a veces era inalcanzable. Mi autoestima era baja.

Mi ansiedad empeoró tanto que algunos días era difícil levantarme de la cama. Siguió mientras me capacitaba para convertirme en abogado. No podía informar a la gerencia sobre mis problemas de salud mental. Sentí que sería considerado "débil" e "incapaz de hacer mi trabajo" y que perdería el respeto de mis colegas.

Ya no quería ir a trabajar. Sentí que estaba cambiando, convirtiéndome en alguien que no podía reconocer o no me gustaba. Traté de hablarlo con mi familia, pero no pude expresar cómo me sentía con palabras. Todavía me duele cuando vuelvo a pensar en ese difícil período de mi vida.

Entonces tuve un momento de lucidez. Busqué el apoyo de un psicólogo. Fue un soplo de aire fresco. Por primera vez sentí que alguien me entendía y no me juzgaba. Esto me quitó un gran peso de encima.

El psicólogo me mostró cómo podía separar las cosas para analizarlas, lo que me permitió sobrellevarlo mejor y no sentirme tan abrumado por la vida. He utilizado este consejo en todos los aspectos de mi vida, incluso hoy, cuando dirijo mi propia empresa y promuevo la toma de conciencia sobre la salud mental en las empresas y bufetes de abogados.

Todavía sufro con mi ansiedad y los sentimientos de baja autoestima, pero he aprendido a manejarlos y estoy en paz con una mentalidad positiva. También he tenido éxito en lo que hago, y creo que es porque tengo conocimientos de primera mano y puedo relacionarme con las necesidades de mis clientes.

Me gustaría aconsejar a cualquiera que lea esto que no permita que sus problemas de salud mental definan quiénes son. No se sientan presionados a cumplir o apresurar las cosas: están en su propio camino y lograrán sus sueños y metas en sus propios tiempos.

Steven Lawlor, Reino Unido

problemas graves de salud mental corren un riesgo particular de ser víctimas de violencia sexual. La violencia contra las personas con problemas de salud mental puede ser mortal.

En muchas comunidades, los problemas de salud mental no se consideran problemas de salud, sino una debilidad de carácter, un castigo por un comportamiento inmoral o el resultado del consumo

de drogas ilícitas o de la influencia de fuerzas sobrenaturales. En todos los casos, los medios de comunicación pueden exacerbar conceptos erróneos al retratar a las personas con problemas de salud mental como peligrosas, irresponsables o incapaces de tomar decisiones racionales (156).

El resultado es que las personas con problemas de salud mental a menudo son tratadas con miedo,

vergüenza y desprecio. Por ejemplo, una encuesta en el suroeste de Nigeria mostró que el 97% de la gente creía que las personas con problemas de salud mental eran peligrosas, el 83% de las personas tenía miedo de hablar con alguien con un problema de salud mental y solo el 17% de las personas podría considerar casarse con alguien con un problema de salud mental (157). En muchos casos, las personas con problemas de salud mental también son víctimas de violaciones de derechos humanos, como aislamiento, encarcelamiento y maltrato (véase la sección 4.2, “Promoción y protección de los derechos humanos”).

El estigma asociado a los problemas de salud mental es universal e impregna a todas las culturas y los contextos en los países de todo el mundo. Las personas con problemas de salud mental pueden ser objeto de estigmatización por parte de las

familias, los vecinos y los propios profesionales de la salud (158). En algunos casos, pueden internalizar mensajes negativos y estereotipos, y aplicarlos a sí mismas, en lo que se conoce como autoestigmatización. En muchos países, la estigmatización se extiende al trabajo en la atención de la salud mental y puede contribuir a la escasez de personal en los sistemas de salud mental (158).

A menudo, las personas optarán por sufrir un malestar psicológico sin alivio antes que arriesgarse a la discriminación y el ostracismo que conlleva el acceso a los servicios de salud mental (véase la experiencia de Odireleng). Sin embargo, con el apoyo adecuado, la mayoría de las personas con problemas de salud mental graves pueden funcionar a un nivel social y económico muy alto, mantener excelentes relaciones y desempeñarse bien en el trabajo.

TESTIMONIO

La estigmatización frenó mi recuperación

La experiencia de Odireleng

Durante mucho tiempo tuve miedo de hablar sobre mi batalla con la salud mental debido al estigma asociado a ella. Mi curación solo comenzó cuando superé la estigmatización y me di cuenta de que no es una vergüenza tener que pedir ayuda.

Cuando me diagnosticaron en el 2014, tenía mucho miedo, estaba sola y no creía que fuera posible curarme. La historia unilateral de la enfermedad bipolar que se contaba en mi comunidad se centraba solo en las luchas que causaba, en lugar de en cómo superarlas.

Incluso después del diagnóstico, tuve un momento muy

difícil y baja autoestima, pero mantuve la esperanza y me prometí a mí misma usar las lecciones que había aprendido para ayudar a otros. Como parte de mi recuperación, me convertí en defensora de la salud mental.

Me apasiona alentar a las personas a comenzar su curación superando la estigmatización y hablando abiertamente sobre su problema de salud mental. Creo firmemente que es posible superar la barrera de la estigmatización y recibir atención de salud mental que permita llevar una vida próspera.

Odireleng Kasale, Botsuana



4

Beneficios del cambio

SALUD PÚBLICA
DERECHOS HUMANOS
DESARROLLO ECONÓMICO Y SOCIAL

Resumen del capítulo

En este capítulo se exponen los argumentos a favor de la inversión en la salud mental y se explica cómo la transformación de la atención de salud mental establece una plataforma para promover la salud pública y el bienestar, proteger los derechos humanos y promover el desarrollo social y económico. También se muestran los beneficios del cambio para las personas, las familias, las comunidades y las economías, y se deja en claro que el compromiso con la salud mental es una inversión en una vida y un futuro mejores para todas las personas.



Los mensajes clave de este capítulo son:

- La inversión en la salud mental puede reducir en gran medida el sufrimiento y promover la salud pública.
- La transformación en el ámbito de la salud mental es necesaria para detener las violaciones de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental.
- Mejorar la salud mental de las personas mejora los resultados educativos y la participación en la fuerza laboral, aumenta la productividad y fortalece el funcionamiento social en beneficio de todas las personas.
- Invertir en la salud mental significa invertir en estrategias para garantizar el acceso a una atención de salud mental eficaz, de calidad y asequible para todas las personas; hacer frente a la estigmatización, la discriminación y el abuso, y abordar las realidades sociales y económicas subyacentes que influyen en la salud mental de las personas.
- Hay un conjunto básico de medidas costo-efectivas para intervenciones prioritarias de salud mental que son viables, asequibles y apropiadas.

El enorme desafío que plantean los problemas de salud mental en la actualidad requiere que haya una transformación.

El interés cada vez mayor en la salud mental en las últimas décadas ha creado un consenso internacional en favor del cambio y ha generado múltiples opciones y oportunidades para la acción, como se describe en el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* (3). Más recientemente, la pandemia de COVID 19 puso el valor y la vulnerabilidad de la salud mental en el centro de la atención y expuso las enormes deficiencias en los sistemas y las estructuras de salud mental en todo el mundo (véase el apartado “Primer plano: La COVID 19 y la salud mental” en

el capítulo 2). Los responsables de las políticas entienden la necesidad de mejora más que nunca y el interés en el cambio nunca ha sido mayor.

Como se muestra este capítulo, la evidencia disponible hoy en día justifica de manera convincente la necesidad del cambio. Los vínculos inextricables entre la salud mental y la salud pública, los derechos humanos y el desarrollo socioeconómico hacen que la transformación de las políticas y las prácticas en materia de salud mental pueda generar beneficios reales y sustantivos para las personas, las comunidades y los países de todo el mundo. La inversión en la salud mental es una inversión en una vida y un futuro mejores para todas las personas.

4.1 Promover la salud pública

4.1.1 Disminución del sufrimiento y mejora de la salud mental y el bienestar

La inversión en la salud mental y su transformación son necesarias porque una buena salud mental es fundamental para la salud y el bienestar de todas las personas, incluida su capacidad para tener una vida plena. Por el contrario, un problema de salud mental se asocia con malestar psicológico y, para demasiadas personas, exclusión social (véase [la experiencia de Zineb](#)).

Los trastornos mentales afectan a una de cada ocho personas en el mundo y tienen un elevado costo para la salud pública (véase el capítulo 3, “La salud mental en el mundo actual”). En el 2019, fueron el mayor factor que contribuyó a la carga mundial de enfermedades no mortales (medido como años vividos con discapacidad [AVD]). Las personas con problemas de salud mental son un grupo muy desatendido. Como tal, su capacidad

para lidiar, conectarse, funcionar y prosperar se ve comprometida; además, estas personas tienen un riesgo mucho mayor de suicidio y enfermedad física. Las personas con problemas de salud mental graves mueren de 10 a 20 años antes que la población general, a menudo debido a enfermedades físicas concurrentes no diagnosticadas.

La inversión en la salud mental puede reducir en gran medida el sufrimiento y mejorar la salud, la calidad de vida, el funcionamiento social y la esperanza de vida de las personas con problemas de salud mental. También puede cerrar la gran brecha en la atención de los problemas de salud mental y avanzar significativamente hacia la cobertura universal de salud.

En la actualidad hay evidencia más que suficiente para actuar e invertir, sin importar el contexto en términos de recursos.

Durante décadas, se ha puesto en duda la eficacia

TESTIMONIO

Ya no podemos soportar más

La experiencia de Zineb

Soy la madre de Mohammed, de 27 años, que ha tenido esquizofrenia durante 10 años, y su hermano mayor Younes, que en paz descanse, que sufría de lo mismo.

En el 2015, el estado de Younes se deterioró y él murió. Mohammed se vio profundamente afectado por la muerte de su hermano y desde entonces también se ha deteriorado gravemente. Ha habido delirio constante, falta de aceptación del tratamiento y violencia grave hacia nosotros. Nos sentimos obligados a dejar nuestra casa por él y compramos un apartamento sencillo para protegernos de su violencia. Nos sentimos culpables de haberlo dejado solo, pero teníamos que hacerlo.

Mohammed ha intentado repetidamente acabar con su vida y casi lo logró. Su estado empeora día a día. Ya no podemos soportar más.

Nos sentimos psicológica y físicamente destruidos. Nosotros y quienes están en la misma situación que nosotros necesitamos urgentemente asistencia e instalaciones para salvar a nuestros hijos. Hemos

soportado las complejidades de los procedimientos administrativos y los gastos en vano. No hay lugar en el hospital público y los gastos del hospital privado son extremadamente altos; ya no tenemos energía.

Sé que Mohammed me ama mucho, pero vivo con miedo de él. Ahora se ha deprimido, vive aislado y no puede enfrentarse a la gente.

La sociedad civil está tratando de ayudar en todo lo posible. He empezado a participar en un programa de capacitación destinado a aumentar la capacidad de las familias para hacer frente a la enfermedad de uno de sus miembros, pero mi situación me hace incapaz de concentrarme y absorber información.

Se debe encontrar una solución para que las personas disfruten de su derecho a la atención y la rehabilitación de modo que puedan ser parte de la sociedad. Esto requiere esfuerzos concertados entre los sectores pertinentes y las partes interesadas. Es necesario y urgente

Zineb, Marruecos

de las intervenciones de salud mental y su capacidad colectiva para reducir la carga para la salud pública, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. En la actualidad hay evidencia más que suficiente para actuar e invertir, sin importar el contexto en término de recursos (15, 159). Por ejemplo, un estudio de modelización centrado en países de ingresos bajos mostró que invertir solo US\$ 1 per cápita anual en un conjunto de medidas asistenciales basado en la evidencia

para problemas de salud mental prioritarios podría reducir los AVD en cerca de 5 000 por millón de habitantes cada año (160). Con un conjunto de medidas asistenciales más amplio que cuesta US\$ 2 per cápita, la carga de los trastornos mentales se reduciría en 13 000 AVD por millón de habitantes. Por lo tanto, para un país con 50 millones de habitantes, esta modesta inversión anual de US\$ 1 a US\$ 2 per cápita reduce de 250 000 a 650 000 los años de discapacidad en toda la población.

Promover, proteger, restaurar

En parte, la salud pública consiste en promover y proteger la salud física y mental mediante al determinar cuáles son los factores subyacentes que influyen en la salud (los determinantes individuales, sociales y estructurales) e intervenir para mejorar los factores de protección o reducir los riesgos. Esta función de la salud pública incluye una amplia gama de actividades que pueden dirigirse a personas, grupos de personas vulnerables o toda la población.

Las intervenciones para las que la evidencia y la experiencia de los beneficios para la salud mental son particularmente convincentes incluyen:

- las estrategias de prevención del suicidio;
- los programas de prácticas de crianza positiva, educación preescolar y enriquecimiento;
- los programas de aprendizaje social y emocional en las escuelas;
- la promoción y protección de la salud mental en los entornos laborales.

Para obtener más información y ejemplos reales de estrategias basadas en la evidencia para promover y proteger la salud mental, véase el [capítulo 6, “Promoción y prevención para el cambio en la salud mental”](#).

En el caso de las personas con problemas de salud mental, la promoción y la prevención no son suficientes y es esencial el acceso a intervenciones de calidad para mejorar o restaurar la salud mental. Se dispone de una variedad de intervenciones eficaces y basadas en la evidencia, pero no son accesibles para la mayoría de las personas que podrían beneficiarse de ellas en todo el mundo. Esta enorme diferencia entre la necesidad y el uso de la atención fue la principal motivación del Programa de Acción para Superar las Brechas en la Salud Mental (mhGAP, por su sigla en inglés) de la OMS. Con este programa, se busca ampliar significativamente la cobertura de las intervenciones basadas en la evidencia para una variedad de trastornos prioritarios, con un enfoque en la atención primaria de salud y otros

entornos de atención de salud no especializados en los países de ingresos bajos y medianos (161).

Proporcionar atención esencial para todas las personas que la necesitan significa no solo integrar la atención de salud mental en la atención primaria. También requiere el establecimiento, el fortalecimiento o la reorganización de los servicios de salud mental para garantizar la disponibilidad de una gama de otras opciones de atención de salud mental basadas en la comunidad, incluida la atención hospitalaria en hospitales generales o centros o equipos comunitarios de salud mental. Además, implica apoyar un conjunto integral de intervenciones que exceden al sector de la salud, junto con la reducción y el cierre de instituciones psiquiátricas de larga estancia, y garantizar al mismo tiempo el apoyo en la comunidad para los residentes dados de alta. Para obtener más información sobre cómo sería esa reestructuración en la práctica, véase el [capítulo 7, “Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto”](#)).

Trabajar con otros sectores de interés es especialmente importante porque la práctica clínica es solo una parte del rompecabezas de la atención de la salud mental. Para muchas personas con problemas de salud mental, la recuperación requiere acceso a un programa de apoyo más amplio que incluya diferentes actividades específicamente dirigidas a alentar la inclusión social, incluido el apoyo para mantener la independencia, establecer conexiones sociales, participar en actividades comunitarias, gestionar relaciones complejas y acceder a vivienda, trabajo o educación protegidos. En todos los sectores, estos servicios y asistencias deben proteger y promover los derechos humanos (véase la [sección 4.2, “Promoción y protección de los derechos humanos”](#)) (23).

4.1.2 Mejora de la salud física

Los vínculos estrechos entre los problemas de salud mental y la salud física suponen que invertir en la salud mental no solo reduce el sufrimiento

de la población, sino que también puede tener beneficios generalizados para la salud física.

Muchos de los factores que influyen en la salud mental también influyen en otros problemas de salud, como los relacionados con la salud reproductiva y materna, así como con las enfermedades crónicas, incluidas las no transmisibles como las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias; las enfermedades transmisibles, como la infección por el VIH/sida, y las enfermedades tropicales desatendidas, como la lepra y la leishmaniasis cutánea.

Los cuatro factores de riesgo más importantes para las enfermedades no transmisibles (ENT) (consumo de tabaco, hábitos alimentarios poco saludables, inactividad física y consumo nocivo de alcohol) están relacionados con diversos problemas de salud mental (162). La adversidad en la niñez, que es un factor de riesgo importante para los trastornos mentales más adelante en la vida, también se relaciona con una variedad de ENT de inicio en la adultez, incluidas las cardiopatías, la diabetes y el asma (163).

Los problemas de salud mental afectan a los trastornos físicos crónicos y se ven afectados por ellos (véase el [cuadro 4.1](#)). Pueden ser precursores unos de otros, la consecuencia o el resultado de efectos interactivos. Por ejemplo, las personas con depresión o ansiedad tienen cambios adversos en el funcionamiento endocrino e inmunitario que aumentan su susceptibilidad a una variedad de enfermedades crónicas. También son más propensas a los comportamientos de riesgo como fumar y consumir sustancias psicoactivas. Asimismo, el estrés físico y psicológico que deben soportar las personas con enfermedades crónicas puede llevar a la aparición de depresión o ansiedad (163).

También se han encontrado vínculos entre algunas enfermedades crónicas (incluidas tanto la infección por el VIH/sida como distintas enfermedades tropicales desatendidas) y la salud cerebral, lo que tiene consecuencias neurológicas que pueden tener como resultado enfermedades graves y la muerte (164, 165).





CUADRO 4.1

Evidencia sobre los vínculos bidireccionales entre los problemas de salud mental y las enfermedades físicas

Enfermedades crónicas	Vínculos bidireccionales con la salud mental
Enfermedades no transmisibles	<ul style="list-style-type: none"> • Las personas con enfermedades cardíacas tienen más del doble de probabilidades de tener también depresión o ansiedad que otras personas. • La diabetes se relaciona significativamente con la depresión, el trastorno explosivo intermitente, la sobreingesta compulsiva y la bulimia nerviosa. • La depresión es particularmente prevalente en las personas con cáncer. • Existe una fuerte conexión entre los accidentes cerebrovasculares y la depresión, en ambas direcciones. • En las personas con problemas comunes de salud mental se observa un exceso de mortalidad del 8% al 12% por consumo de tabaco, diabetes, antecedentes de infarto de miocardio e hipertensión.
Infección por el VIH/sida	<ul style="list-style-type: none"> • Los problemas de salud mental son más prevalentes en las personas con infección por el VIH/sida que en la población general. • En las mujeres con infección por el VIH las tasas de depresión, ansiedad y síntomas de trastorno por estrés postraumático (TEPT) son más altas que en los hombres con infección por el VIH y las mujeres seronegativas para el VIH. • La exposición al abuso en el hogar aumenta la probabilidad de problemas de salud mental en la población adolescente, lo que a su vez puede dificultar que se proteja del riesgo de contraer la infección por el VIH. • El tratamiento de la depresión puede mejorar la adhesión al tratamiento y los resultados clínicos para las personas con infección por el VIH/sida.
Tuberculosis (TB)	<ul style="list-style-type: none"> • Los problemas de salud mental son más frecuentes en las personas con TB que en la población general. • La depresión y el malestar psicológico no tratados en los pacientes con TB se asocian con peores resultados clínicos, mala calidad de vida y mayor discapacidad. • La depresión está significativamente relacionada con la falta de adhesión al tratamiento de la TB. • Los medicamentos para la TB pueden tener efectos negativos en la salud mental.
Enfermedades tropicales desatendidas	<ul style="list-style-type: none"> • La leishmaniasis cutánea, la oncocercosis y el envenenamiento por mordedura de serpiente se relacionan con ansiedad, depresión y malestar psicológico. • Una de cada dos personas con lepra o filariasis linfática tiene depresión o ansiedad. • En las personas con filariasis linfática, se ha estimado que la depresión casi duplica la carga total de enfermedad.

Fuentes: Stein et al, 2019 (163), OMS y ONUSIDA (163); Fujiwara, 2022 (167); OMS, 2020 (168).



Los múltiples vínculos entre los problemas de salud mental y otras enfermedades crónicas hacen que a menudo coexistan. La población infantil con problemas de salud física crónicos tiene el doble de probabilidades de tener un problema emocional o comportamental; mientras que las personas adultas con enfermedades crónicas tienen de dos a tres veces más probabilidades de desarrollar depresión que el resto de la población. Las personas con tres o más trastornos de salud física tienen siete veces más probabilidades de tener depresión (169).

Tanto la infección por el VIH/sida como la tuberculosis (TB) se asocian de manera similar con diversos problemas de salud mental. Las personas con VIH tienen el doble de probabilidades de tener depresión grave que otras personas (170). Una revisión sistemática reciente muestra que el riesgo de muerte por suicidio es 100 veces mayor en las personas con VIH que en la población general (171). Asimismo, un estudio en Etiopía mostró que la mitad de las personas con TB tenían síntomas compatibles con depresión y que este grupo de personas, que tenían muchas más probabilidades de abandonar el tratamiento de la TB, tenía la mitad de probabilidades de estar vivas en el seguimiento a los seis meses (172).

A nivel mundial, la comorbilidad de los trastornos mentales y físicos se ha convertido en la regla y no en la excepción, especialmente en las personas mayores de 60 años (173).

Tener problemas de salud física y mental retrasa la recuperación de ambos. La comorbilidad hace que el tratamiento de todos los trastornos sea más difícil, lo que a menudo causa más complicaciones. Por ejemplo, las personas con enfermedades crónicas que están deprimidas pueden tener más dificultades para cuidarse a sí mismas, cumplir con el tratamiento o buscar apoyo social o de salud cuando sea necesario. Esto lleva a peores resultados de salud, más hospitalizaciones y mayores gastos de atención médica. Para las personas con infección por el VIH/sida o TB, abandonar el tratamiento también

aumenta el riesgo de una mayor transmisión y de enfermedad multirresistente (173).

Está claro que las personas no pueden alcanzar la salud física plena sin salud mental. En todo el mundo, los países no pueden alcanzar sus objetivos para la mayoría de las enfermedades prioritarias sin invertir simultáneamente en la salud mental.

La atención integrada es una buena atención

Cuando las personas con comorbilidades llegan a la atención de salud, generalmente reciben tratamiento para uno u otro de sus problemas, pero no para ambos. Como resultado, muchos trastornos no se reconocen ni se tratan en sus primeras etapas, lo que aumenta el riesgo de discapacidad y muerte prematura (véase la sección 3.1.2, “Mortalidad”). De hecho, la causa más común de muerte en las personas con problemas graves de salud mental es la enfermedad cardiovascular (174).

Un enfoque integrado de la atención garantiza que los problemas de salud mental y física se consideren, traten y vigilen simultáneamente.

Un enfoque integrado de la atención garantiza que los problemas de salud mental y física se consideren, traten y vigilen simultáneamente. Si se aplica bien, puede mejorar la accesibilidad, reducir la fragmentación y la duplicación de la infraestructura y los recursos, y satisfacer mejor las necesidades y expectativas de salud de las personas.

La integración se puede aplicar de muchas maneras y en diferentes niveles del sistema de salud (175):

- **Para los usuarios de los servicios**, la atención integrada consiste en que haya un enfoque centrado en la persona con coordinación de las enfermedades, los entornos y el tiempo.
- **Para las organizaciones de atención de la salud**, la atención integrada consiste en que haya sistemas de información comunes

y asociaciones profesionales basadas en funciones y responsabilidades compartidas, por ejemplo, a través de equipos multidisciplinarios, reparto de tareas y vínculos con la atención social y los servicios comunitarios.

- **Para los ministerios de salud**, la atención integrada consiste en que haya políticas, mecanismos de financiamiento y estructuras de gobernanza conjuntos en materia de salud física y mental.

La integración de los servicios de salud mental en la atención primaria es una estrategia clave a nivel de las organizaciones de atención de la salud (véase la [sección 7.2.1, “La salud mental en la atención primaria”](#)). En particular, se ha demostrado que los modelos de atención colaborativa mejoran los resultados de salud mental, incluso en personas con ENT comórbidas (176, 177). Un enfoque probado es utilizar plataformas de prestación de servicios que ya existen para enfermedades crónicas como base para expandir los servicios de salud mental. Por ejemplo, las plataformas específicas utilizadas para apoyar la atención de la infección por el VIH pueden utilizarse como puntos de entrada para integrar los servicios de reducción de daños y la atención a las personas con problemas de salud mental (167).

Para más información sobre las estrategias basadas en datos probatorios para integrar la atención de salud mental y física en todas las plataformas de atención de salud, incluida la atención primaria, los hospitales generales y los servicios de salud para enfermedades específicas, véase el [capítulo 7, “Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto”](#)).

4.1.3 Mayor equidad de acceso

La inversión y la transformación en la salud mental son necesarias porque la salud mental y su atención están marcadas por la desigualdad. La influencia significativa que los factores estructurales pueden tener en la salud mental hace que la salud mental de algunos grupos de personas de la sociedad sea

mucho peor que la de otros. En muchos casos, esas mismas personas también tienen menos acceso a una atención eficaz y apropiada porque están lejos geográficamente o no pueden pagar los servicios.

Particularmente en los entornos de ingresos bajos, esto significa que una proporción sustancial de personas con problemas de salud mental no puede acceder a la atención que necesita. Esto puede generar un empeoramiento de la salud mental, con consecuencias adversas sobre la capacidad de las personas para trabajar, aprender o tener hijos. A menudo, las personas que acceden a la atención tienen que pagarla de sus bolsillos porque está excluida del conjunto de medidas asistenciales esenciales de atención y los planes de seguro.

El gasto directo de bolsillo es una forma injusta de pagar la atención médica, ya que los hogares más pobres terminan pagando una cantidad proporcionalmente mayor de sus ingresos (por el contrario, el seguro de salud basado en impuestos generalmente requiere mayores contribuciones a los hogares más ricos). Se sabe que el costo de la atención es una barrera importante para las personas con problemas de salud mental que buscan ayuda (178).

El gasto directo de bolsillo es una forma injusta y regresiva de pagar la atención de salud.

El gasto directo en atención de salud mental a menudo lleva a las personas a adoptar estrategias de afrontamiento indeseables, como recortar el gasto familiar, usar los ahorros de toda la vida, vender activos o pedir prestado, lo que afianza la pobreza y la desventaja intergeneracional y puede llevar a peores resultados de salud (10). Es importante destacar que no son solo los costos del tratamiento los que ponen a las personas en riesgo financiero, sino también los costos de transporte, la pérdida de ingresos para las personas y sus cuidadores, y otros costos indirectos.

Abordar las desigualdades como parte de la reforma de la salud mental es esencial para

proporcionar los servicios adecuados de la manera apropiada y en los lugares correctos para llegar a todas y a cada una de las personas. Abordar las necesidades sociales de las personas, por ejemplo, a través de intervenciones del tipo trabajo social, es esencial como parte de la atención de salud mental o junto con ella. Además, es imprescindible abordar los determinantes estructurales de la salud mental a nivel de la población, que crean desventajas sociales (véase la sección 6.1.3, “Cambios estructurales para la salud mental”). Otras estrategias se centran en ampliar el acceso a la atención, incluso a través de la mejora de la cobertura de salud y la protección financiera.

Salud mental para todas las personas

Incluir los problemas y las intervenciones de salud mental en los conjuntos de servicios esenciales para la cobertura universal de salud es un paso fundamental a fin de cerrar la brecha en la atención.

En última instancia, las intervenciones en el marco de la cobertura universal de salud deben garantizar que se cubran todas las necesidades esenciales de salud mental. Esto significa que deben ser integrales, incluidas las intervenciones psicosociales y farmacológicas basadas en la evidencia, como se describe en el compendio de la OMS para la cobertura universal de

salud (véase la sección 5.1.3, “Evidencia para fundamentar las políticas y la práctica”) (179).

Las intervenciones en el marco de la cobertura universal de salud deben garantizar que se cubran todas las necesidades esenciales en materia de salud mental.

Las políticas universales de salud pública que financian intervenciones para todas las personas también pueden conducir a una asignación más justa de los recursos de salud pública y beneficiar más a los grupos de ingresos más bajos (véase el recuadro 4.1, “Chile: Inclusión de los problemas de salud mental en la cobertura universal de salud”). En este sentido, una mejor cobertura de salud es importante para proteger a las personas del costo potencialmente catastrófico de pagar los servicios de salud de sus propios bolsillos.

La mejor cobertura y el aumento de la protección financiera son esencialmente dos caras de la misma moneda de equidad. Una mejor cobertura sin un aumento correspondiente de la protección financiera llevará a tasas desiguales de aceptación del servicio y resultados, pero una mayor protección financiera sin una cobertura ampliada traerá poca mejora.



ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 4.1

Chile: Inclusión de los problemas de salud mental en la cobertura universal de saludC

En el 2005, como parte de un amplio proceso de reforma de salud, Chile introdujo el acceso universal con garantías explícitas (GES), un conjunto de prestaciones médicas y psicosociales garantizadas para una cobertura universal de salud.

Este conjunto de prestaciones, que se actualiza periódicamente, comprende una lista priorizada de diagnósticos y tratamientos para 85 problemas de salud, que incluyen depresión, trastorno bipolar, dependencia del alcohol o las drogas, esquizofrenia y demencia. El GES otorga igualdad de derechos a las personas beneficiarias de los sectores público y privado. Garantiza el acceso a una atención médica de calidad a través de criterios de elegibilidad, acreditación de instalaciones y certificación profesional. También garantiza que la atención sea oportuna y asequible al establecer límites superiores para los tiempos de espera y los copagos directos.

En general, el GES ha hecho que el sistema de salud chileno sea más eficiente al poner el énfasis en las prioridades de salud. Los servicios de salud se han vuelto más accesibles para todas las personas, con una cobertura del quintil de ingresos más bajos que aumentó en un 20%. La proporción de pacientes con depresión que mueren durante el ingreso hospitalario o poco después ha disminuido. Además, al integrar la salud mental en todos los niveles de la atención médica general, la atención temprana para el primer episodio de esquizofrenia ha mejorado.

Las personas que usan el GES dicen que ha aumentado el acceso a la atención, ha permitido diagnosticar y tratar a los más desfavorecidos y ha garantizado la protección financiera.

La consolidación de los servicios comunitarios de salud mental en todo el país ha sido fundamental para el GES. Prestados a través de equipos multisectoriales, estos servicios proporcionan prevención, tratamiento y rehabilitación para personas con problemas graves de salud mental. La mayoría de los usuarios pueden acceder a medicamentos psicotrópicos de forma gratuita. Más de la mitad también reciben tratamiento psicológico individual breve, y casi todos los usuarios son receptores de algún otro tipo de intervención psicosocial individual, familiar o grupal.

Estos servicios comunitarios de salud mental están profundamente conectados con la atención primaria de salud con sistemas sólidos para la derivación y la contradervación. Todos los meses, los miembros del equipo de salud mental de la comunidad visitan cada centro de atención primaria en su área de influencia para discutir casos complejos y capacitar a los equipos de atención primaria en su gestión clínica y comunitaria. El resultado es que alrededor del 80% de las personas que se acercan al GES para obtener ayuda con problemas de salud mental son tratadas por profesionales de atención primaria.

Fuentes: Aguilera et al, 2015 (180); Bitran, 2013 (181); Araya et al, 2018 (182).

4.2 Promoción y protección de los derechos humanos.

La inversión y la transformación en la salud mental son necesarias para contribuir a frenar las violaciones de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental en todo el mundo.

En el 2008, entró en vigor la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Compuesto por 50 artículos individuales, este tratado jurídicamente vinculante marcó un hito importante en los esfuerzos por promover, proteger y garantizar el disfrute pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluidas las discapacidades psicosociales.

Las discapacidades psicosociales surgen cuando las deficiencias mentales a largo plazo de una persona interactúan con barreras sociales como la estigmatización, la discriminación y la exclusión, impidiendo así su participación plena y efectiva en la sociedad en igualdad de condiciones con el resto de las personas.

Entre una serie de derechos humanos, la CDPD está diseñada para garantizar que todas las personas gocen plenamente y en igualdad de condiciones del derecho:

- a la vida;
- al igual reconocimiento como persona ante la ley (capacidad jurídica);
- al acceso a la justicia;
- a la libertad y la seguridad personal;
- a la protección contra la explotación, la violencia y el abuso;
- a la posibilidad de vivir de forma independiente y ser incluido en la comunidad;
- a la vivienda y la rehabilitación;
- a la salud, la educación, el trabajo y el empleo;
- al nivel de vida adecuado y la protección social, y
- a la participación en la vida política y pública.

La CDPD tiene un valor incalculable a la hora de garantizar que las personas con problemas de salud mental tengan estos derechos. Sin embargo, a pesar de la ratificación generalizada de la CDPD, a las personas con problemas de salud mental en todo el mundo se les siguen negando los derechos humanos y la protección a través de actitudes, acciones y leyes discriminatorias. También suelen ser objeto de graves abusos, tanto en las instituciones como en la comunidad. Mientras estas violaciones de derechos humanos no se aborden plenamente, incluida la eliminación de barreras físicas, actitudinales, de comunicación, sociales y legales, habrá discapacidad psicosocial.

4.2.1 Lucha contra la estigmatización y discriminación

La estigmatización, que es generalizada en la población y en el sector de la salud, es una barrera importante para mejorar los servicios de salud mental y el autocuidado. Está presente en hogares, escuelas, lugares de trabajo, comunidades e incluso dentro del propio sistema de atención de salud mental (183).

La estigmatización puede conducir al aislamiento social, la discriminación y la violación de los derechos humanos en múltiples entornos. La estigmatización conduce al aislamiento social y la discriminación, lo que afecta la capacidad de una persona para obtener ingresos, tener voz, obtener acceso a atención de calidad, ser parte de su comunidad y recuperarse de su problema de salud mental. Crea, así, las condiciones para las violaciones de múltiples derechos humanos en múltiples entornos (véase la figura 4.1).

La estigmatización puede conducir al aislamiento social, la discriminación y la violación de los derechos humanos en múltiples entornos.

En algunos países, un problema de salud mental es un motivo legal para el divorcio. En otros, las personas con problemas de salud mental pueden perder sus derechos parentales o de voto, o se les puede negar una licencia de conducir. En algunos países, los niños y las niñas con problemas de salud mental no pueden obtener certificados de nacimiento u otros documentos de identidad (184). En todo el mundo, las personas con problemas de salud mental suelen ser excluidas de la vida comunitaria y se les niega el ejercicio de derechos fundamentales.

También son discriminados en las esferas del empleo, la educación y la vivienda. El derecho al trabajo es uno de los derechos más comúnmente violados. Incluso cuando las personas con un problema de salud mental logran conseguir un trabajo, a menudo están mal pagos (22). Muchos niños, niñas y adolescentes con problemas de salud mental son enviados a escuelas segregadas que tienden a proporcionar una educación de menor calidad, o internados en instituciones que no brindan educación o en las que la educación es muy limitada (22).

En todos los casos, la estigmatización y las actitudes y directivas discriminatorias pueden afectar negativamente la salud mental y obstaculizar la recuperación de las personas (véase [la experiencia de Lion](#)).

FIG. 4.1

Casos comunes de violación de los derechos humanos contra personas con problemas de salud mental y entornos donde pueden ocurrir

VIOLACIONES COMUNES DE LOS DERECHOS HUMANOS



- Exclusión, marginalización y discriminación
- Negación de oportunidades de empleo
- Abuso físico y violencia
- Falta de acceso a servicios efectivos de salud mental
- Abuso y violencia sexual
- Detención arbitraria
- Negación del derecho a contraer matrimonio y tener hijos
- Falta de medios que permitan vivir en comunidad
- Negación del acceso a servicios generales de salud
- Explotación económica

ENTORNOS DONDE PUEDEN OCURRIR EL ABUSO



- Espacios comunitarios comunes
- Hogar y entornos de los familiares
- Lugares de trabajo
- Servicios y centros de salud mental
- Hospitales y servicios de salud
- Cárceles y entidades del sistema judicial
- Servicios gubernamentales o públicos
- Escuelas

Fuente: Drew et al, 2011 (22).

TESTIMONIO

Me he encontrado con la ignorancia y la estigmatización

La experiencia de Lion

He utilizado varios servicios de rehabilitación a lo largo de los años y me he encontrado con la ignorancia y la estigmatización. Algunos servicios simplemente no fueron útiles para mí. Algunos perjudicaron activamente mi camino de recuperación.

Nunca olvidaré a la enfermera de la sala psiquiátrica que me persiguió cuando me sorprendió haciendo yoga en mi habitación, reprendiéndome porque ese tipo de actividad no estaba permitida. Me tomó diez años comenzar a hacer yoga de nuevo: era un desencadenante que me llevaba de vuelta a esa difícil experiencia de hospitalización.

En un momento solicité ayuda económica para financiar una licenciatura en trabajo social. Ya dirigía el primer programa de apoyo entre pares en un hospital psiquiátrico de Israel, pero el trabajador social que me ayudó en el proceso de solicitud me dijo que sería inmoral dejarme estudiar trabajo social. Incluso cuando pasé mis exámenes con altas calificaciones,

trataron de convencerme de estudiar educación, diciendo que sería más fácil para mí.

Hoy dirijo el departamento de experiencia propia en Enosh, la asociación israelí de salud mental. Proporcionamos recursos de recuperación a personas y familias que enfrentan discapacidades psicosociales. Trabajamos arduamente para promover, como apoyo en la recuperación, servicios y prácticas orientados a la persona que tengan en cuenta los traumas.

Las experiencias difíciles por las que he pasado y la ignorancia que he encontrado también me han llevado a dar conferencias en círculos terapéuticos. Al principio rogaba ser escuchado, pero poco a poco me han invitado a dar más y más conferencias remuneradas. La necesidad probablemente había existido durante mucho tiempo. El deseo de los terapeutas de aprender y mejorar los servicios terapéuticos existentes me llena de esperanza.

Lion Gai Meir, Israel

(véase también la experiencia de Lion en la página 26)

Detener la estigmatización

La evidencia de los países de ingresos altos y bajos sugiere que las intervenciones contra la estigmatización pueden cambiar las actitudes públicas para mejor, y disminuir las experiencias de discriminación hacia las personas con problemas de salud mental (185). Las estrategias contra la estigmatización tienden a clasificarse en una de estas tres categorías (186):

- Las estrategias educativas utilizan hechos para abordar mitos y conceptos erróneos.

Incluyen campañas educativas, campañas de concientización pública y una amplia gama de actividades de capacitación y aprendizaje.

- Las estrategias de contacto tienen como objetivo cambiar las actitudes negativas en la población general mediante la interacción con personas con problemas de salud mental. Pueden incluir contacto social directo, contacto simulado, contacto por video o contacto en línea, así como servicios de apoyo entre pares en entornos de atención de la salud.

- Las estrategias de protesta proporcionan objeciones formales a la estigmatización y la discriminación. Incluyen manifestaciones públicas, envío de cartas, peticiones, boicots de productos y otras campañas.

La investigación sobre el impacto de estas estrategias sugiere que, para la mayoría de los grupos, el contacto social es el tipo de intervención más eficaz para mejorar las actitudes relacionadas con la estigmatización (185). Los resultados de la investigación también apoyan el compromiso activo y el empoderamiento de las personas con experiencia propia en todos los niveles del sistema de atención de salud mental (véase la sección “Primer plano: Involucrar y empoderar a las personas con experiencia propia”).

Distintos países de ingresos altos han tenido éxito con campañas de concientización pública a gran escala y estrategias basadas en el contacto para

generar cambios positivos en las actitudes del público hacia la salud mental (véase el cuadro 4.2).

El contacto social es el tipo de intervención más eficaz para mejorar el conocimiento y las actitudes relacionadas con la estigmatización.

También son muy prometedores los programas amplios y coordinados basados en la evidencia en los países de ingresos bajos y medianos (véase el recuadro 4.2, “Investigación para combatir la estigmatización: La Red INDIGO”), y se necesitan campañas gubernamentales a gran escala centradas en el contacto social en estos contextos (185, 187).

Más allá de las campañas directas contra la estigmatización, es probable que se la pueda reducir mediante un trabajo centrado en mejorar la calidad de la atención (véase el recuadro 4.4, “Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS”).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 4.2

Investigación para combatir la estigmatización: La Red INDIGO

La Red INDIGO ejecuta un programa de investigación e implementación basado en la evidencia para comprender los mecanismos y las consecuencias de la estigmatización y discriminación en más de 40 países, y desarrollar y probar nuevas formas de acabar con la estigmatización. Varios países de ingresos bajos y medianos participan en la red, entre ellos Bangladesh, Brasil, China, Egipto, Etiopía, India, Jamaica, Malasia, Nepal, Nigeria, Sudáfrica, Túnez, Türkiye y Venezuela.

La red coordina proyectos en múltiples sitios, por ejemplo, para evaluar campañas para mejorar las tasas de derivación a los servicios locales de atención de la salud o para investigar la posibilidad de formar a los estudiantes de medicina con el fin de

aumentar el conocimiento y mejorar las actitudes y el comportamiento hacia las personas con problemas de salud mental. El sitio web de INDIGO incluye escalas para evaluar la estigmatización y discriminación.

La Red INDIGO alberga un programa internacional de investigación (INDIGO Partnership) para desarrollar y probar intervenciones basadas en la evidencia y adaptadas al contexto destinadas a abordar la estigmatización y discriminación. Este programa involucra a socios de investigación en siete instituciones colaboradoras en China, Etiopía, India, Nepal y Túnez, y tiene como objetivo generar datos y materiales que puedan aplicarse a otros países de ingresos bajos y medianos.

Fuentes: The Indigo Network, 2021 (189); Thornicroft et al, 2019 (190).

CUADRO 4.2

Campañas nacionales que generan cambios positivos en las actitudes públicas hacia la salud mental

CAMPAÑA Y PAÍS	ACTIVIDADES	PRINCIPALES CONCLUSIONES
<p>MOMENTO DE CAMBIAR</p> <p>Campaña contra la estigmatización</p>  <p>Inglaterra</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Mercadeo social y actividad en los medios. • Eventos comunitarios locales • Subvenciones para proyectos liderados por personas con experiencia propia. • Intervenciones dirigidas a las partes interesadas; por ejemplo, estudiantes, profesorado, empleadores y jóvenes. • Investigación y evaluación. 	<ul style="list-style-type: none"> • El mercadeo social y la actividad en los medios de comunicación fueron más eficaces para influir en el comportamiento que se pretende hacia las personas con problemas de salud mental. • Los proyectos locales basados en el contacto fueron particularmente eficaces para reducir la autoestigmatización. • La concientización del público se asoció fuertemente con la actividad de la campaña y el aumento de la conciencia pública se asoció con actitudes más favorables.
<p>BEYONDBLUE</p> <p>Programa de educación sobre la salud mental</p>  <p>Australia</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Atención preferente a la depresión y la ansiedad. • Publicidad en medios y capacitación. • Programas en las escuelas. • Capacitación en primera ayuda de salud mental. • Foros de debate de la comunidad. • Campeones de la salud mental • Investigación y evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • En los estados con más actividad se observó un mayor aumento de la conciencia pública sobre la depresión y los beneficios del tratamiento. • Los programas de capacitación generaron aumentos moderados del conocimiento sobre los trastornos mentales. • La percepción pública de las personas deprimidas como peligrosas e impredecibles persiste.
<p>OPENING MINDS</p> <p>Educación basada en el contacto</p>  <p>Canadá</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Intervenciones específicas para las partes interesadas (jóvenes, prestadores de atención de salud, empleadores y empleados, medios de comunicación). • Campeones de la salud mental • Investigación y evaluación 	<ul style="list-style-type: none"> • Las grandes campañas mediáticas no fueron eficaces para modificar actitudes. • Los programas dedicados a un trastorno específico de salud mental pueden reducir la estigmatización de manera más eficaz que los que se dedican a los problemas de salud mental en general. • La calidad del contacto importa más que la duración: las historias de esperanza y recuperación fueron las más exitosas.

Fuente: Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms et al, 2016 (188).

4.2.2 El derecho a una atención de calidad

Toda persona tiene derecho a una atención digna, humana, sensible, aceptable y decente que respete sus derechos humanos. Sin embargo, con demasiada frecuencia las personas con problemas de salud mental son víctimas de algunos de los peores abusos contra los derechos humanos del mundo por parte de los mismos servicios de salud responsables de su atención.

En hospitales psiquiátricos de todo el mundo hay informes sobre maltrato, incluidos abusos físicos, mentales y sexuales, y negligencia. Las personas con problemas de salud mental pueden ser confinadas arbitrariamente en hospitales durante años sin una nueva evaluación de su estado. Pueden ser medicadas en exceso, recibir tratamientos dañinos o degradantes, o ser sometidas sistemáticamente a intervenciones sin consentimiento informado (22). En muchos países, las malas condiciones y la infraestructura asociadas con los hospitales psiquiátricos también son muy frecuentes en hogares de personas mayores y centros asistenciales, centros de rehabilitación, orfanatos y albergues para la curación tradicional o espiritual de problemas de salud mental.

Muchas personas en instituciones de salud mental están encadenadas: encerradas en pequeñas celdas, parecidas a las de las prisiones, sin contacto humano.

Muchas personas con problemas de salud mental están encadenadas: encerradas en pequeñas celdas, parecidas a las de las prisiones, sin contacto humano; o encadenadas a sus camas, sin posibilidad de moverse durante largos períodos de tiempo (184). Las grandes

instituciones son especialmente conocidas por sus condiciones de vida degradantes marcadas por el hacinamiento, los entornos insalubres, las comidas sin los nutrientes esenciales o en cantidades insuficientes, y el humo de tabaco (véase la [experiencia de la Sra. BN](#) en el capítulo 3) (22). La población infantil es particularmente vulnerable a la violencia y el abandono asociados con los entornos institucionales (véase el [recuadro 4.3, “Los niños y las niñas internados en instituciones”](#)). También lo son las personas mayores, con uno de cada diez empleados en entornos institucionales en países de ingresos altos que han admitido el abuso físico de las personas mayores en el año anterior (191).

En consecuencia, es muy necesario transformar la atención de la salud mental para que se base en la comunidad (véase el [capítulo 7, “Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto”](#)).

El maltrato no se limita a la atención institucional. Las personas con problemas graves de salud mental pueden ser escondidas por miembros de la familia, encadenadas o enjauladas en el hogar, abusadas física o sexualmente en las cárceles, o sometidas a violencia en la comunidad (192). En la atención ambulatoria de salud mental a menudo también se violan los derechos humanos, como lo demuestra el tratamiento que habitualmente es forzoso y puramente biomédico, y que no aborda las necesidades y los derechos de las personas a la inclusión, la atención social y la protección, entre otros. Si bien las prácticas curativas tradicionales pueden ser de gran ayuda y significativas para las personas, también pueden entrañar prácticas abusivas (134).

Quienes sufren abusos rara vez tienen acceso a mecanismos judiciales adecuados. En muchos países, las personas con problemas de salud mental tienen pocas oportunidades de presentar denuncias por maltrato u hospitalización involuntaria (193). Los delitos cometidos contra personas

con problemas de salud mental también suelen quedar indocumentados porque la policía o los fiscales tienen dudas infundadas sobre la credibilidad de las víctimas como testigos.

El maltrato y el abuso causan discapacidad psicosocial, impiden la recuperación de las personas y, a menudo, empeoran su estado de salud mental. Toda transformación hacia la atención de salud mental en la comunidad debe abordar las violaciones de los derechos humanos.

Derechos reforzados en la atención de la salud mental

La prevención del maltrato y el abuso en los servicios de salud mental requiere una combinación de estrategias diseñadas para cambiar las actitudes, fortalecer los derechos y reconfigurar los entornos de atención (23). Si bien la lucha contra la estigmatización es importante, otras herramientas y tácticas son clave para eliminar el maltrato y defender los derechos humanos. Entre otras:

EVIDENCIA

RECUADRO 4.3

Los niños y las niñas internados en instituciones

Se calcula que en todo el mundo 5,4 millones de niños y niñas, muchos con problemas de salud mental, viven en instituciones.

Muchas instituciones para menores no están registradas, por lo que es casi imposible darles seguimiento. A menudo estos entornos son más negligentes y abusivos que acogedores. Los niños y las niñas con frecuencia viven lejos de casa, pasan sus días en habitaciones superpobladas y rara vez interactúan con el personal, los miembros de la familia u otras personas de su edad. Muchos de los edificios están mal mantenidos; tienen instalaciones para el aseo insalubres y malas condiciones para dormir. A menudo, los niños y las niñas no cuentan con la vestimenta, la nutrición ni la medicación adecuadas y tienen restricciones físicas. En muchas instituciones, la violencia es generalizada.

La institucionalización a menudo daña la salud mental y física de la población infantil. Los menores en instituciones tienen más probabilidades de tener problemas de salud mental que los criados

en la comunidad, incluidas tasas más altas de comportamiento agresivo, depresión y ansiedad, enuresis, trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) y trastorno desafiante y oposicionista. Es más probable que tengan problemas de comportamiento antisocial y dificultades con la competencia social y el juego. A menudo también tienen dificultades de apego.

La falta de controles generales y de vacunación también hace que las enfermedades infantiles sean más frecuentes en menores institucionalizados que en la población general, y las tasas de mortalidad son mucho más altas.

Una transformación en la salud mental que traslade la atención de los menores con discapacidades psicosociales desde las instituciones hacia los servicios y el apoyo comunitarios no solo garantizará que se respeten los derechos humanos en línea con la CDPD y otros marcos internacionales, sino que también conducirá a mejores resultados de salud y desarrollo para los niños y las niñas en centros de cuidado.

Fuentes: Barra et al, 2020 (194); OMS, 2015 (195); UNICEF, 2021 (4).

INSTRUMENTO

RECUADRO 4.4

Iniciativa de Calidad y Derechos de la OMS

La iniciativa Calidad y Derechos (QualityRights) de la OMS tiene como objetivo mejorar la calidad de la atención de salud mental y los servicios relacionados, y promover los derechos de las personas con discapacidad psicosocial, intelectual o cognitiva en todo el mundo. La iniciativa trabaja en el terreno para cambiar directamente las actitudes y prácticas, y también a través de políticas para crear un cambio sostenible.

La iniciativa abarca las siguientes esferas de trabajo:

- fortalecimiento de la capacidad para combatir la estigmatización y discriminación, y promover los derechos humanos y la recuperación;
- creación de servicios comunitarios, centrados en las personas y orientados a la recuperación que respeten y promuevan los derechos humanos;
- mejora de la calidad de la atención y la situación respecto de los derechos humanos en los servicios de salud mental y relacionados;
- apoyo a los movimientos de la sociedad civil y a las personas con experiencia propia para que asuman la promoción e influyan en la formulación de políticas, y
- reforma de las leyes y políticas en consonancia con la CDPD y otras normas internacionales.

En todos las áreas de trabajo, la iniciativa Calidad y Derechos ofrece diversos materiales de capacitación, herramientas, apoyo técnico y guías prácticas para respaldar el enfoque de derechos humanos y recuperación de la salud mental. En conjunto, estos recursos han sido elaborados para contribuir al avance en materia de salud mental, eliminar la estigmatización y promover la inclusión. Su objetivo es fortalecer el conocimiento y las competencias de los profesionales de salud mental, los usuarios

de los servicios y otros, por ejemplo, acerca de cómo terminar con las prácticas coercitivas como la reclusión y la restricción física, y cómo respetar la voluntad y las elecciones de las personas. También incluyen orientación en materia de apoyo entre pares y promoción de la salud mental, así como una caja de herramientas de transformación para reformar los servicios y promover de la mejor manera posible los derechos humanos.

La iniciativa también incluye capacitación en línea en materia de salud mental, recuperación e inclusión en la comunidad para el personal de salud, responsables de las políticas, cuidadores, miembros de la comunidad y personas con experiencia propia. La capacitación en línea abarca, por ejemplo, cómo contribuir a la salud mental de la propia persona y de otros y cómo promover los derechos humanos para aportar a la lucha contra la estigmatización, la discriminación, los abusos y la coerción de las que son víctimas las personas con problemas de salud mental. La capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos ha comenzado en todo el mundo y puesta a disposición de todas las personas en todos los países. En Ghana, donde ha estado en marcha desde marzo del 2019, más de 21 000 personas habían completado satisfactoriamente la capacitación en línea de esta iniciativa para mayo del 2022.

En una evaluación del 2019 se indicaron cambios importantes y positivos en las actitudes hacia los derechos humanos en los participantes que completaron la capacitación en línea, incluidos el derecho al ejercicio de la capacidad jurídica, el consentimiento informado, el fin de las prácticas coercitivas y la inclusión en la comunidad.

Fuentes: OMS, 2022 (196); OMS, 2019 (197); OMS, 2019 (184); Funk et al, 2021 (198).

Este es el enlace para acceder a la capacitación en línea de la iniciativa Calidad y Derechos de la OMS: <https://www.paho.org/es/entrenamiento-virtual-instrumento-calidad-derechos-qualityrights-oms>.



- las leyes y políticas basadas en los derechos;
- el desarrollo y la ampliación de derechos y de servicios basados en la comunidad centrados en las personas y orientados a la recuperación;
- el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud mental;
- la participación activa de personas con experiencia propia de problemas de salud mental en los procesos de toma de decisiones, los mecanismos de seguimiento, la formulación y prestación de servicios;
- la capacitación adecuada de los profesionales de la salud mental para abordar la estigmatización y discriminación, y fortalecer la capacidad en materia de derechos de las personas con problemas de salud mental; y
- la presentación de informes sobre políticas basadas en los derechos a las convenciones mundiales (véase el recuadro 4.4, “Instrumento de Calidad y Derechos de la OMS”).

En todos los casos, es importante proporcionar mecanismos de rendición de cuentas y reparación para registrar, prevenir y responder a los abusos contra los derechos humanos. En algunos países, la oficina del defensor del pueblo o una estructura similar (un funcionario público o entidad designada por el gobierno o el parlamento nacional, pero con plena competencia) proporciona una importante fuente de información, mediación y reparación.

4.2.3 Autonomía para la toma de decisiones en materia de salud

La capacidad de tomar decisiones sobre la propia vida (incluido el derecho a elegir la atención de salud mental) es fundamental para la autonomía y la identidad de una persona.

La CDPD compromete a los países a reconocer que las personas con problemas de salud mental tienen capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás. Sin embargo, todavía la hospitalización involuntaria y el tratamiento contra los deseos de alguien con un problema mental son prácticas generalizadas y habituales en todo el mundo, facilitadas por leyes y métodos que dan a los tutores de las personas con problemas de salud mental amplios poderes sustitutivos para tomar decisiones. Hoy en día, en todos los países, las decisiones tomadas por los médicos u otros funcionarios pueden primar legalmente sobre las preferencias de las personas con problemas de salud mental, lo que puede llevar a que sean detenidas y forzadas a recibir tratamiento contra su voluntad.

La práctica de la hospitalización y el tratamiento involuntarios sigue siendo un tema que preocupa y genera debate entre usuarios de los servicios y profesionales (199, 200, 201, 202). Las leyes en materia de toma de decisiones sustitutiva y atención coercitiva están habitualmente destinadas a salvaguardar los intereses y el bienestar de las personas afectadas y las de sus comunidades. No obstante, es verdad que limitan la capacidad de las personas de elegir dónde vivir, cómo manejar su dinero o qué tratamiento médico aceptar. A través de la toma de decisiones sustitutiva las personas con problemas de salud mental pierden su derecho al consentimiento informado, la confidencialidad, la privacidad y la comunicación con los miembros de la familia. Con frecuencia, terminan en instituciones y expuestas a la reclusión o la restricción física. La hospitalización involuntaria puede generar experiencias horribles (véase [la experiencia de Sandra](#)). Además, el temor a la coerción puede impedir que las personas busquen ayuda cuando tienen problemas de salud mental.

TESTIMONIO

Doce hospitalizaciones y solo una voluntaria

Experiencia de Sandra

Inmovilizada por policías y paramédicos. Amordazada y esposada como una criminal hasta que perdí el conocimiento gracias a un cóctel de fármacos. Despertar sin saber dónde estoy, desnuda en lo que percibo como una prisión. ¿Mi delito? En el peor de los casos, ser ruidosa, hostil y maníaca. ¿Mi sentencia de por vida? Trastorno bipolar. Esta fue la primera de mis once hospitalizaciones involuntarias. Fui literalmente despojada de todo vestigio de derechos humanos o dignidad, y fue aterrador.

Me diagnosticaron, me dieron algunos medicamentos y me enviaron a casa, confusa y ya al borde de la depresión. Vacía e indiferente, también estaba sufriendo los efectos secundarios de la medicación: parkinsonismo grave, acatisia y temblores.

Un año después: ¡Boom! Manía. Estaba fuera de control. Mi familia estaba preocupada. Hospitalización involuntaria número dos. Al menos el personal me trató con cuidado y compasión. Esta vez no hubo restricción física. La calidez humana y la empatía ayudan mucho. Nuevos medicamentos y me dejan ir.

Dos años más tarde yo negaba tener un problema de salud mental y no tomaba la medicación. Recaída. Hospitalización involuntaria número tres. Otra vez las restricciones físicas. Me dicen que esta vez es el fin, que si no lo logro aquí me pondrán en un sitio en el

que mi familia no podrá verme. Peor que una prisión. Eventualmente, me dan de alta.

Cuatro años después, mi matrimonio se está desintegrando y yo también. Hospitalización involuntaria número cuatro. Restricción física e inyección intravenosa de algo que se siente como agua hirviendo en las venas. Aparece otro efecto secundario y tengo síntomas como los producidos por un ACV cada vez que me ponen una inyección que me “noquea”.

En los siguientes cuatro años fui hospitalizada contra mi voluntad siete veces, incluidas tres en una sola quincena. Nuevos medicamentos y un nuevo efecto secundario: parálisis del sueño.

Mi doceava y última hospitalización fue diferente. Fue mi elección. Voluntaria. Aceptación de que necesitaba ayuda. Más que ayuda, quería apoyo. Mi psiquiatra era firme pero también paciente y empática. Creía en mi vida y sentí que ella verdaderamente tenía las mejores intenciones. Finalmente, mi medicación era la adecuada.

Me caigo una y otra vez, y encuentro mi propio camino para levantarme. Voy a continuar intentando y aprendiendo, y si me esfuerzo, siempre voy a triunfar.

Sandra Ferreira, Sudáfrica



Cambiar el paradigma: apoyo para la toma de decisiones

La evidencia y la experiencia sugieren que hay numerosas estrategias disponibles para disminuir la hospitalización involuntaria y el tratamiento coercitivo en la atención de salud mental. La capacitación del personal y la atención integral son intervenciones eficaces (203, 204). También el apoyo para la toma de decisiones en lugar de la toma de decisiones sustitutiva, la tutela u otros procesos que excluyen la participación y la voluntad de la persona afectada o van contra ellas (205).

Apoyar la toma de decisiones es apoyar a la persona a tomar sus propias decisiones sobre su vida, incluida su atención de salud mental.

En el apoyo para la toma de decisiones, la persona con un problema de salud mental elige a alguien o una red de personas en las que confía para que actúen como persona de apoyo. La persona con un problema de salud mental es siempre la que toma las decisiones; la persona de apoyo está a disposición para analizar los problemas, las opciones o elecciones cuando es necesario y comunicar la voluntad y las preferencias de la persona afectada si no está en condiciones de hacerlo por sí misma.

El apoyo a la toma de decisiones consiste en apoyar a las personas para que tomen sus propias decisiones acerca de su vida.

En la práctica, este apoyo a la toma de decisiones puede asumir diferentes formas e incluir organizaciones y redes de apoyo, planes y directivas anticipados, representantes independientes, apoyo de pares y asistencia personal. Se puede realizar a través de un documento legal, por ejemplo, una voluntad anticipada que especifique qué acciones se deberían encarar si una persona

no está en condiciones de tomar decisiones a causa de su enfermedad o incapacidad. O puede ser menos formal, por ejemplo, con participación de personas de apoyo que son contactos en los que la persona involucrada confía.

En todos los casos, el apoyo a la toma de decisiones:

- respeta los derechos y deseos de la persona;
- no favorece los intereses de otros;
- no intenta influir en la persona para que tome decisiones que no desea tomar;
- proporciona el nivel de apoyo solicitado por la persona; y
- se utiliza por el tiempo, breve o prolongado, que la persona requiere.

Se pueden encontrar ejemplos de apoyo a la toma de decisiones en todo el mundo, como en la Región de las Américas, Europa, Asia Suroriental y el Pacífico Occidental. En los últimos cinco años, Colombia, India, Perú y las Filipinas han aprobado leyes para eliminar las barreras al ejercicio de la capacidad jurídica y reconocer el papel del apoyo a la toma de decisiones en el contexto de los servicios de atención a la salud mental (23).

En América del Sur, donde varios países están realizando progresos en materia de apoyo a la toma de decisiones, los programas a menudo se basan en mecanismos de apoyo informales que se concretan a través de organizaciones de la sociedad civil, incluidas las organizaciones de personas con experiencia propia (véase el recuadro 4.5, “Apoyo para la toma de decisiones en América del Sur”). Si bien resta mucho por aprender acerca de cómo aplicar el apoyo a la toma de decisiones en diferentes situaciones terapéuticas y de recursos, está claro que la inversión y transformación de la salud mental debe incluir la promoción del apoyo a la toma de decisiones.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 4.5

Apoyo para la toma de decisiones en América del Sur**Argentina: Partir de la vida diaria para el apoyo**

En el 2017-2018, en el proyecto piloto de Argentina sobre el *ejercicio de la capacidad jurídica y la toma de decisiones de las personas con discapacidad* se utilizó la experiencia diaria de los participantes con discapacidades psicosociales e intelectuales para determinar y analizar críticamente los sistemas de apoyo a la toma de decisiones. Los participantes usaron la planificación centrada en las personas para identificar personas y redes de apoyo (y también limitaciones) en su vida diaria.

La evaluación del proyecto subrayó la necesidad de una herramienta flexible y dinámica de apoyo, y señaló el papel de las estructuras organizativas para diseñar el apoyo a la toma de decisiones.

Colombia: Planificación para la vida

Con el proyecto piloto de Colombia sobre *apoyo para la toma de decisiones y la vida comunitaria* en el 2015-2016 se creó un sistema de apoyo personalizado para fortalecer la capacidad para la toma de decisiones y mejorar las relaciones y la vida independiente. Los participantes utilizaron herramientas de planificación de la vida para

elaborar un mapa de redes a las que podrían recurrir en busca de apoyo, y crearon un folleto personalizado en el que registraron sus metas, sueños y preferencias básicas.

Las entrevistas cualitativas y la observación de los participantes revelaron que algunas personas estaban empoderadas para hacer oír su voz y que las familias adaptaban su enfoque respecto del apoyo.

Perú: Participación de personas, grupos y comunidades enteras

En el 2016-2018, el proyecto piloto sobre *redes de apoyo para la toma de decisiones y la vida comunitaria* utilizó la planificación y el asesoramiento individual así como los talleres grupales, el apoyo de pares, las reuniones con familiares y el mapeo más amplio de partes interesadas y extensión para promover las redes de apoyo para la toma de decisiones.

Los participantes informaron sentirse empoderados a través de un mayor conocimiento.

Fuente: Vásquez et al, 2021 (206).

Involucrar y empoderar a las personas con experiencia propia

Valorar la perspectiva de las personas con experiencia propia de problemas de salud mental, y darles voz, poder de elección e influencia en múltiples aspectos del sistema de atención de la salud mental es un paso fundamental hacia la transformación de la salud mental en todo el mundo.

Las personas con experiencia propia a veces son sobrevivientes de violaciones de derechos humanos por parte de los servicios de salud mental, y como tales tienen un gran conocimiento de cómo dichos servicios les fallan a las personas. Pueden ser poderosas defensoras de la atención de salud mental centrada en las personas, orientada hacia la recuperación y basada en los derechos humanos y de la política y legislación que protege sus derechos.

El empoderamiento confiere a las personas con experiencia propia una mayor comprensión y un mayor control sobre su vida (207). Requiere que los gobiernos, los empleadores, las instituciones educativas, las organizaciones no gubernamentales y el público en general eliminen las barreras que pueden obstaculizar la participación plena y real en la sociedad de las personas con experiencia propia de problemas de salud mental.

En las últimas décadas ha habido un cambio progresivo hacia una mayor participación de los usuarios de los servicios y sus cuidadores en diferentes niveles del sistema de atención de la salud mental:

- **Nivel personal:** participación en la planificación, la evaluación y la gestión de la propia atención de salud, por ejemplo, a través la toma de decisiones compartida, la planificación anticipada, el apoyo a la autogestión y los enfoques de atención orientados a la recuperación y centrados en las personas.
- **Nivel comunitario:** participación en la planificación de la prestación, el seguimiento y la evaluación de los servicios locales, la promoción, las campañas de concientización (especialmente las destinadas a combatir la estigmatización), la capacitación del personal que trabaja en la salud mental y otros.
- **Nivel estratégico:** participación en la formulación de políticas, planes y leyes de salud mental, la supervisión de los servicios y la investigación.

Los enfoques participativos son cruciales para lograr la cobertura universal de salud (208). Sin embargo, su aplicación a la atención de salud mental todavía es poco frecuente en muchos países. El crecimiento de los procesos participativos de las personas con experiencia propia ha ocurrido principalmente en países de ingresos altos (209). Solo un tercio de los países de ingresos medianos y apenas el 16% de los de ingresos bajos tienen mecanismos formales incorporados para involucrar a las asociaciones de usuarios de los servicios en los sistemas de salud mental (5).

Hay diferentes grados de participación, desde ser consultado para la toma de decisiones compartida y participar en la prestación de los servicios, hasta llegar a servicios dirigidos por usuarios. Cualquiera sea el nivel de participación, es importante que la participación no sea simbólica y que los puntos de vista de las personas con experiencia propia se tomen plenamente en cuenta y se valoren en la política y la práctica. Esto exige tiempo. En todos los casos, se deben tomar medidas para garantizar el apoyo adecuado a las personas en todo el proceso participativo.

Alianzas positivas para la atención

El empoderamiento de las personas para que tomen el control de su vida y de la atención que reciben para su salud mental infunde dignidad personal, valoración y respeto. Puede aumentar la autoestima y la confianza. Además, otorga a las personas un nivel de opciones y de autonomía que de otro modo no hubieran tenido.

Al mismo tiempo, la participación significativa de las personas con experiencia propia contribuye a que los prestadores del servicio comprendan cómo es tener un problema de salud mental. Esto puede ayudar a poner en tela de juicio presunciones y aumentar el nivel de confianza entre ellos y los usuarios del servicio.

El posible resultado es mejores relaciones terapéuticas y alianzas para la atención más igualitarias, colaborativas y eficaces. Las personas y los prestadores de atención de salud pueden trabajar juntos para mapear las opciones de tratamiento y seleccionar las más apropiadas y aceptables para la persona (véase la [sección 7.1.1, “Poner a las personas en primer lugar”](#)).

Todo esto contribuye positivamente a la recuperación y la calidad de vida de las personas (véase [la experiencia de Alexandra](#)).

Contacto social para una mejor atención

Las estrategias de contacto social que involucran a personas con experiencia propia son la manera basada en la evidencia de reducir la estigmatización en la comunidad (véase el apartado “[Detener la estigmatización](#)” en la [sección 4.2.1, “Lucha contra la estigmatización y discriminación”](#)). También son importantes para reducir la estigmatización entre los prestadores de servicios. Es probable que la estigmatización entre los prestadores de atención primaria contribuya a las tasas bajas de detección de los problemas de salud mental en ese nivel de atención.

De acuerdo con un estudio piloto realizado en Nepal, involucrar a personas con experiencia propia como cofacilitadores de los programas de capacitación del mhGAP para el personal de atención primaria puede ser eficaz para reducir la estigmatización (210). Es interesante destacar que en el estudio también se observó que el personal de atención primaria en cuya capacitación habían participado personas con experiencia propia tenían más probabilidades de diagnosticar trastornos mentales con precisión.

Redes que facilitan la participación

Las redes y organizaciones dirigidas por pares tienen un papel fundamental para facilitar que las personas con experiencia propia se involucren en su atención. Las redes pueden ser una fuente vital de apoyo mutuo para los usuarios de los servicios de salud mental. Con frecuencia, también proporcionan aliento, recursos e infraestructura formal para la promoción sistémica e individual necesarias para facilitar el cambio.

A través de organizaciones dirigidas por pares, las personas con experiencia propia han ayudado a educar comunidades, informar e influir sobre los responsables de las políticas, denunciar la estigmatización y discriminación y luchar para mejorar los servicios y defender los derechos jurídicos (211).

TESTIMONIO

La autonomía fue la clave para mi recuperación

La experiencia de Alexandra



El factor que más contribuyó a mi recuperación fue que me dieran autonomía con respecto a la atención de mi salud mental. Cuando tenía 7 años, me diagnosticaron un problema de salud mental. En mi infancia y adolescencia no tuve ni voz ni voto en lo que respecta a mi propia recuperación: mis propias ideas sobre lo que funcionaría bien para mí a menudo eran desestimadas. Esta falta de autonomía erosionó mi ya baja autoestima y empeoró mi enfermedad mental.

Recuerdo cuando llegué al consultorio de mi actual terapeuta a los 19 años. Yo era la sombra de una persona. Había pasado años forzada a transitar caminos terapéuticos específicos y sobreprotegida por las personas adultas a cargo de mi cuidado; mi confianza estaba destrozada. Apenas creía que era capaz de tomar decisiones básicas, no ya ayudarme a mí misma, pero

esta terapeuta era diferente: me vio como una persona y no como una enfermedad mental. Me preguntó por mis intereses, quiso conocer mi estilo de trabajo y estaba dispuesta a que trabajáramos juntas para construir un camino hacia el bienestar mental.

Empezamos de a poco. Con su orientación, gradualmente gané confianza para tomar decisiones complejas sobre salud y bienestar. Su disposición a colaborar conmigo, elaborar planes de atención adecuados para mí como persona y, al mismo tiempo, darme espacio para tomar decisiones autónomas me ayudó a fortalecer la confianza para crecer, no solo en el aspecto mental sino en todas las otras esferas de mi vida. Hasta el día de hoy atribuyo mi recuperación a su naturaleza colaborativa.

Alexandra M Schuster, Reino Unido

Durante la pandemia de COVID-19, las organizaciones dirigidas por pares han sido particularmente valiosas para dar voz a las personas con experiencia propia. La red Global Mental Health Peer Network (GMHPN) y sus asociados, por ejemplo, encuestaron a las personas con experiencia propia en relación con las consecuencias psicosociales de la pandemia y abogaron por mayor igualdad y equidad en la respuesta a la pandemia (212). En el plano nacional, las organizaciones de usuarios han intervenido para proporcionar apoyo adicional; por ejemplo, la Psychiatric Disability Organization en Kenya ofrece apoyo psicosocial para el personal de prisiones (7).

En el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013–2030* se llama a la acción para ayudar a que las

organizaciones de personas con problemas de salud mental participen en la reorganización, la prestación, el seguimiento y la evaluación de los servicios. En la práctica, el apoyo a estas organizaciones puede incluir, por ejemplo, actividades para:

- alentar su creación;
- fortalecer su capacidad para promover eficazmente los derechos humanos;
- establecer mecanismos para garantizar su participación plena en la formulación de políticas;
- involucrarlas en el seguimiento y la evaluación de los servicios de salud mental; e
- incluirlas en los esfuerzos de fortalecimiento de la capacidad de las partes interesadas.

Para más información sobre el apoyo a la participación de personas con experiencia propia en la dirección y prestación de servicios, véase: <https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>.

4.3 Posibilitar el desarrollo social y económico

La salud mental es un aspecto esencial, aunque a menudo pasado por alto, de la política social y el desarrollo económico. Una mala salud mental frena el desarrollo al reducir la productividad, tensar las relaciones sociales y agravar los ciclos de pobreza y desventaja. A la inversa, cuando las personas están física y mentalmente sanas y residen o trabajan en entornos mentalmente saludables, pueden estudiar o trabajar productivamente y contribuir a sus comunidades, para beneficio de todas las personas.

Cada vez más datos muestran que la transformación de la agenda de la salud mental no solo requiere un mayor acceso a servicios y atención de calidad. También exige prestar mayor atención a las realidades sociales y económicas subyacentes que condicionan la salud mental de las personas e invertir más en ellas. Los países se han comprometido a abordar estas realidades a través de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible. Los vínculos entre la salud mental y los ODS son complejos y, en muchos casos, bidireccionales (véase el [cuadro 4.3](#)). El progreso hacia el logro de los ODS abre la posibilidad de promover y proteger la salud mental (15) Al mismo tiempo, los mejores resultados de salud, incluidos los de salud mental, son importantes para lograr las ambiciosas metas de los ODS.

Un enfoque holístico de la promoción, protección, atención y recuperación de la salud mental posibilita una mayor igualdad de oportunidades (con respecto a la educación, los ingresos y la inclusión social), así como de acceso a los servicios, en especial para quienes están expuestos o viven en situaciones de precariedad o vulnerabilidad.

En síntesis, los beneficios de una mejor salud mental se extienden más allá del bienestar psicológico en sí, desde la equidad y la inclusión hasta el crecimiento económico y la prosperidad.

4.3.1 Igualdad social e inclusión

Como se analizó en el capítulo 2, “Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública”, el entorno en el que nos desenvolvemos configura y reconfigura constantemente nuestro bienestar mental. Una persona cuya vida esté marcada por la merma de oportunidades, la exclusión social y la inseguridad económica tendrá una trayectoria de salud mental diferente de la de otra persona que tuvo y continúa teniendo un hogar, un trabajo y un entorno social estable y favorable. Algunos análisis realizados en Europa indican que, en promedio, los hombres y las mujeres con los ingresos más bajos tienen el doble de probabilidades de informar sobre problemas de salud mental que quienes tienen ingresos más altos (213).



CUADRO 4.3

La salud mental está vinculada a cada uno de los ODS

ODS	VÍNCULOS CON LA SALUD MENTAL
1 Fin de la pobreza	<ul style="list-style-type: none"> Los problemas de salud mental están estrechamente vinculados a la pobreza, en un círculo vicioso de desventaja.
2 Hambre cero	<ul style="list-style-type: none"> La mala nutrición deteriora el desarrollo cognitivo y emocional en la infancia. La inseguridad alimentaria aumenta el riesgo de problemas de salud mental en las personas adultas.
3 Salud y bienestar	<ul style="list-style-type: none"> La salud mental es una parte integral de la salud y el bienestar generales.
4 Educación de calidad	<ul style="list-style-type: none"> La salud mental es importante para el aprendizaje, y los entornos de aprendizaje son determinantes fundamentales de la salud mental. Las personas con problemas de salud mental tienen dificultades para acceder a la educación.
5 Igualdad de género	<ul style="list-style-type: none"> La inequidad y la violencia de género son factores de riesgo para los problemas de salud mental.
6 Agua limpia y saneamiento	<ul style="list-style-type: none"> Las privaciones socioeconómicas y el acceso limitado a los servicios crean múltiples estresores y se vinculan con una gama de problemas de salud mental.
7 Energía asequible y no contaminante	
8 Trabajo decente y crecimiento económico	<ul style="list-style-type: none"> Las prácticas y los entornos laborales son determinantes de la salud mental. Las personas con problemas de salud mental tienen dificultades para acceder a un trabajo decente.
9 Industria, innovación e infraestructura	<ul style="list-style-type: none"> El empleo y el crecimiento económico son un factor protector importante contra los problemas de salud mental.
10 Reducción de las desigualdades	<ul style="list-style-type: none"> La discriminación y el tratamiento inequitativo de las personas con problemas de salud mental persisten y causan malestar psicológico
11 Ciudades y comunidades sostenibles	<ul style="list-style-type: none"> La buena planificación urbana puede beneficiar a la salud mental porque mejora el acceso al trabajo, la educación y la vivienda además de garantizar entornos seguros y espacios verdes. La exposición a la violencia en la comunidad es un factor de riesgo de problemas de salud mental.
12 Producción y consumo responsables	<ul style="list-style-type: none"> La privación socioeconómica y el acceso limitado a los recursos se vinculan con una variedad de problemas de salud mental.
13 Acción por el clima	<ul style="list-style-type: none"> El cambio climático y los fenómenos ambientales causan sufrimiento y pueden minar la salud mental.
14 Vida submarina	<ul style="list-style-type: none"> La disponibilidad de recursos naturales en la tierra y el mar afecta la salud de las personas, incluida la salud mental.
15 Vida de ecosistemas terrestres	
16 Paz, justicia e instituciones sólidas	<ul style="list-style-type: none"> Los conflictos y la violencia son una de las principales amenazas a la salud mental, en tanto que la salud mental puede contribuir a reducir la violencia.
17 Alianzas para lograr los objetivos	<ul style="list-style-type: none"> La salud mental es una cuestión de interés universal. Las enseñanzas de las alianzas para la salud mental se pueden aplicar a la agenda de los ODS.

Fuente: Lund et al, 2018 (52).

En este sentido, un requisito esencial para una transformación satisfactoria de la salud mental a nivel poblacional es reducir o eliminar las desigualdades o inequidades nacionales en relación con la salud mental. Este es un objetivo en sí mismo y los beneficios de la acción satisfactoria contra dichas desigualdades se pueden agregar a los argumentos en favor de la inversión en la salud mental.

En el *Plan de acción integral de salud mental 2013-2030* se presentan opciones de implementación para abordar las disparidades. Tales opciones también se pusieron de relieve en el Día Mundial de la Salud Mental del 2021, cuyo lema fue "La salud mental en un mundo desigual" (214). Las estrategias propuestas incluyen acciones contra la violencia interpersonal, las políticas de inmigración hostiles y el racismo, y acciones para la protección de la infancia, las condiciones de trabajo decentes y la inclusión social.

Abordar las disparidades supone un gran paso adelante en la acción multisectorial para encarar los determinantes sociales y estructurales de la salud mental a fin de lograr la justicia social (véase la [sección 6.1.3, "Cambios estructurales para la salud mental"](#)). Requiere una transformación en relación con la exclusión social de las personas con problemas de salud mental, a quienes a menudo se les niegan sus derechos sociales y civiles básicos (véase la [sección 4.2.1, "Lucha contra la estigmatización y discriminación"](#)).

También exige una transformación en materia de acceso a la atención a fin de garantizar que los servicios de salud mental estén disponibles para todas las personas de la sociedad, en todas las etapas de la vida. Con demasiada frecuencia, los servicios se centran en las personas adultas y descuidan los servicios para la población infantil y adolescente y las personas mayores. Las diferencias de género se deben considerar en todas las áreas de intervención de salud mental, con especial atención a las personas sobrevivientes de violencia de género

y a las identidades de género minoritarias, que a menudo piensan que los servicios de salud mental son discriminatorios (véase [la experiencia de Kat](#)).

Otros grupos prioritarios que se señalan en el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* son las personas sin hogar y las personas en el sistema de justicia penal o detenidas, así como las personas solicitantes de asilo, refugiadas o migrantes en situación irregular; los grupos étnicos marginados, incluidos los pueblos indígenas; las personas con discapacidad física e intelectual, y las personas afectadas por emergencias complejas. Las intervenciones y el apoyo dirigidos a estos grupos pueden ayudar a reducir las desigualdades existentes, promover la inclusión social y contribuir así a garantizar que las intervenciones para apoyar la salud mental sean universales, pero calibradas proporcionalmente por nivel de desventaja (universalismo proporcional) (215).

En todos los casos, llegar a las personas vulnerables requiere que los servicios de salud mental (y otros) sean más accesibles, estén estrechamente coordinados con la atención social y sean ampliamente conocidos. La experiencia sugiere que es posible llegar a los grupos marginados de personas que han estado desempleadas por mucho tiempo, trabajadores y trabajadoras sexuales de la calle, personas refugiadas, personas migrantes en situación irregular y personas sin hogar mediante la creación de programas de divulgación, la integración de la salud mental en la atención general de la salud, la coordinación de la atención social y de salud y la difusión de información tanto a las personas como a los profesionales (47). Una organización sólida de los servicios de salud mental, como se describe en el [capítulo 7, "Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto"](#), es fundamental para llegar a las personas marginadas.

TESTIMONIO

Reformar la atención de la salud mental para la comunidad LGBTIQ+



La experiencia de Kat

Cuando entro en contacto con el sistema de salud mental de mi país, aplico filtros a mi sexualidad. Cada vez que filtro mi sexualidad, siento que he dado varios pasos atrás en mi recuperación, pero lo hago porque he recibido comentarios homofóbicos y falta de comprensión.

Mis experiencias con la discriminación me han hecho hablar abiertamente sobre la necesidad de reformar nuestros sistemas de salud mental para la comunidad LGBTIQ+. Nuestros sistemas de salud mental deben reconocer el daño que causaron para que comience la reforma. La decisión de incluir ciertas sexualidades en las clasificaciones internacionales de enfermedades, por ejemplo, hizo un daño incalculable. Muchos países, incluido el mío, han seguido ateniéndose a estas clasificaciones. Aunque ya no figuran en las publicaciones actualizadas, los efectos de las políticas y diagnósticos internacionales discriminatorios aún persisten, particularmente en países en los que las personas LGBTIQ+ tienen pocos o ningún derecho.

Más allá del reconocimiento del daño causado, necesitamos una acción equitativa que elimine la estigmatización; por ejemplo, actualizar la Ley de Salud Mental de Trinidad y Tabago de 1975 para incluir la necesidad de una prestación equitativa de servicios para las personas LGBTIQ+. Desarrollar y hacer cumplir las políticas de discriminación cero que ayuden al personal de salud mental a desprenderse de prejuicios también ayudará a lograr un cambio muy necesario.

Además, invertir en la fuerza laboral de salud mental para que más personas de la comunidad LGBTIQ+ reciban educación sobre la salud mental y sean contratadas como profesionales de la salud mental puede ayudar a fomentar un sistema de salud mental más seguro. También, reconfigurar nuestros sistemas para incluir el apoyo entre pares, especialmente de la comunidad LGBTIQ+, puede garantizar que quienes se encuentran en camino hacia la recuperación reciban el apoyo de otros con experiencias similares.

Y lo que es más importante, es hora de poner verdaderamente en práctica la frase "nada para nosotros sin nosotros" y dar a la comunidad LGBTIQ+, especialmente a las personas con experiencia propia de problemas de salud mental, un papel equitativo en la configuración de nuestro sistema de salud mental, desde el desarrollo de políticas hasta la prestación de servicios. Quienes tenemos experiencia propia podemos señalar lo que funciona en nuestros sistemas porque hemos interactuado con ellos durante años. También podemos orientar a los profesionales hacia mejores soluciones. Necesitamos fomentar una colaboración significativa entre las personas LGBTIQ+ con problemas de salud mental y los profesionales tradicionales de la salud mental.

Las experiencias propias deben comenzar a tener prioridad, especialmente las experiencias de las personas LGBTIQ+.

Kat McIntosh, Trinidad y Tabago

4.3.2 Beneficios económicos

Las implicaciones económicas de la pérdida de la salud mental son enormes y van mucho más allá de los costos directos del tratamiento (véase la sección 3.2, “Consecuencias económicas”).

Una buena salud mental permite a las personas trabajar productivamente y desarrollar todo su potencial. Por el contrario, los problemas de salud mental interfieren con la capacidad de las personas para trabajar, estudiar y adquirir nuevas habilidades, y entorpece el desempeño escolar infantil, lo que puede afectar las perspectivas futuras de empleo. Asimismo, las personas adultas con problemas de salud mental pueden encontrarse con que ya no son capaces de trabajar, o no pueden hacerlo tan bien como de costumbre, a menudo durante largos períodos. Los cuidadores pueden verse afectados también.

Según una encuesta sobre los costos domésticos asociados a los problemas de salud mental en seis países del África subsahariana y Asia meridional, los hogares en los que alguien padecía un trastorno mental se encontraban en peor situación económica que los hogares de control. Por ejemplo, tenían peores condiciones de vivienda, menos ingresos familiares, menos bienes y mayores gastos en atención de salud (216).

La pérdida del trabajo no solo afecta la capacidad individual y familiar para ganarse la vida, sino que también contribuye a aumentar los costos sociales a través del aumento de las necesidades de seguro de desempleo y asistencia social, la pérdida de productividad, los accidentes laborales y la reducción de los ingresos fiscales.

Los investigadores estiman que solo por la depresión y la ansiedad se pierden 12 000 millones de días de trabajo productivo por año, a un costo de casi US\$ 1 billón (217). Esto incluye

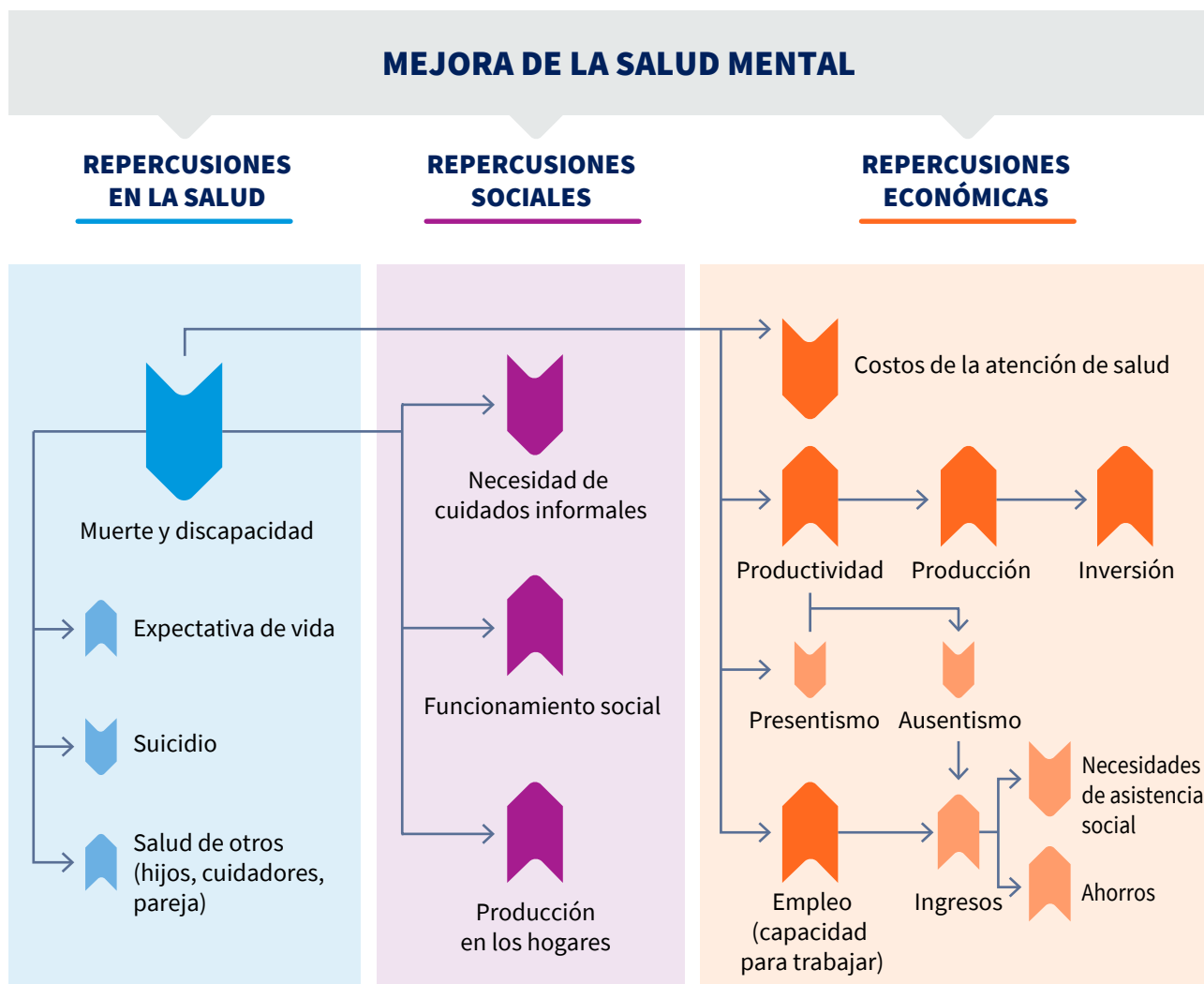
los días perdidos por ausentismo, presentismo (cuando las personas van a trabajar, pero tienen un rendimiento inferior) y rotación del personal.

Se pierden **12 000 millones** de días de trabajo por año a causa de la depresión y la ansiedad.

Reducir los riesgos individuales, comunitarios y estructurales relacionados con la salud mental y, al mismo tiempo, ampliar el acceso a una atención eficaz no solo aumenta el bienestar y mejora el funcionamiento social, sino que también genera una serie de beneficios económicos para las personas afectadas y sus hogares. Estas acciones pueden aumentar la participación y la productividad en el trabajo y la escuela, reducir el tiempo dedicado al cuidado informal, reducir la demanda de servicios de salud y asistencia social, y aumentar la posibilidad de ahorro o inversión (véase la figura 4.2). Una revisión sistemática reciente encontró que la mayoría de las intervenciones de salud mental evaluadas condujeron a mejores resultados económicos, principalmente en relación con la educación y el empleo (218). Las empresas y la economía en general también se beneficiarán de la inversión en la mejora de la salud mental a través de una mayor participación en el mercado laboral y una mayor productividad, que sirven para mejorar los resultados comerciales. En un estudio en el que participaron diez empresas de Canadá se mostró una rentabilidad positiva de la inversión en los programas de salud mental en el lugar de trabajo a los tres años (219). También para los gobiernos, invertir en la salud mental de la población puede llevar a ahorrar en asistencia social: un análisis reciente de Dinamarca mostró que un aumento en el bienestar mental se asoció con menores costos de atención médica y transferencias monetarias por enfermedad (220).

FIG. 4.2

Some of the potential social and economic benefits of investing in mental health



Fuente: adaptado de OMS y PNUD, 2021 (221).

Valor económico y eficiencia

Los costos y la costo-eficacia del tratamiento de los problemas de salud mental se han convertido en una parte muy importante de las deliberaciones sobre si los países deberían invertir en la salud mental y por qué. La evidencia acumulada muestra que hay un conjunto esencial de intervenciones costo-eficaces para los trastornos prioritarios que son viables, asequibles y adecuadas.

El menú de la OMS de intervenciones costo-eficaces para la salud mental incluye una selección de intervenciones para las cuales se dispone de información sobre la costo-eficacia (222). A nivel poblacional, en el menú se proponen

algunas intervenciones basadas en la población rentables y asequibles, como los programas universales y selectivos de aprendizaje social y emocional en la escuela y las prohibiciones regulatorias de plaguicidas altamente peligrosos (que en algunos países de ingresos bajos y medianos se usan con frecuencia como medios de suicidio) (véase el capítulo 6, “Promoción y prevención para el cambio en la salud mental”) (222). A nivel individual, en el menú se indica una serie de intervenciones clínicas costo-eficaces que también figuran en el compendio de la OMS para la cobertura universal de salud (véase la sección 5.1.3, “Evidencia para fundamentar las políticas y la práctica”). Por supuesto, la

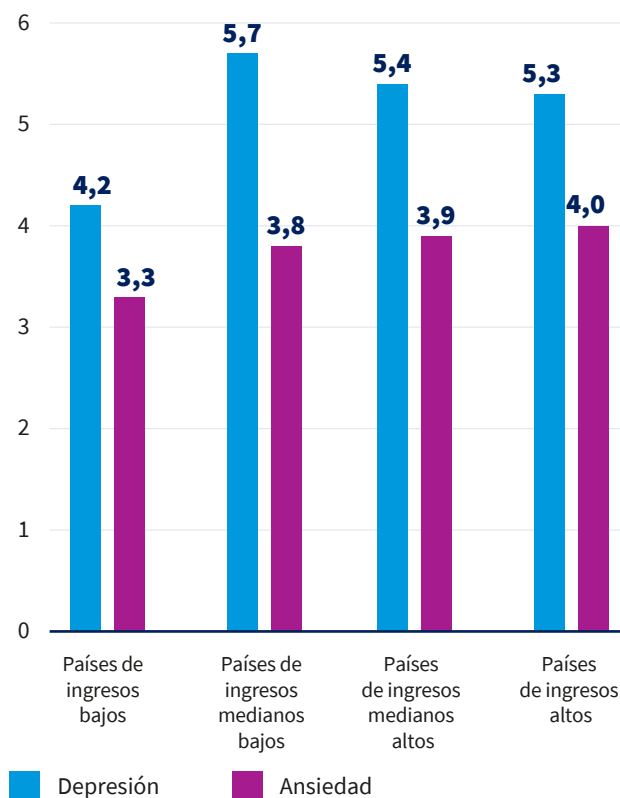
costo-eficacia por sí sola no puede proporcionar la base para el establecimiento de prioridades y en el menú de la OMS se destaca la importancia de los derechos humanos y la equidad al seleccionar las intervenciones de salud mental.

El rendimiento de la inversión en las intervenciones clínicas puede ser sustancial, especialmente en el caso de la depresión y la ansiedad. Por ejemplo, un estudio de modelización mundial realizado para 36 países grandes indica que un aumento lineal de la cobertura del tratamiento entre el 2016 y el 2030 podría asegurar 43 millones de años adicionales de vida sana, por un valor de US\$ 310 000 millones y generar otros US\$ 399 000 millones en incrementos de productividad (217). Con un costo de ampliación del tratamiento estimado en US\$ 147 000 millones, esto proporciona una relación costo beneficio de cinco a uno (véase la figura 4.3). Los retornos más altos de la inversión en el tratamiento de la depresión se prevén en los países de ingresos bajos y medianos (217).

Otros estudios de modelización muestran que los conjuntos integrados de servicios de salud mental que combinan múltiples intervenciones para la promoción, la prevención y la atención pueden generar retornos de la inversión significativos y a gran escala, especialmente cuando se consideran los incrementos de productividad y el valor de los beneficios sociales más amplios (véase el cuadro 4.4).

La relación costo-beneficio de ampliar el tratamiento para la depresión y la ansiedad es de 5 a 1.

FIG. 4.3. Rendimiento de la inversión al ampliar el tratamiento para la depresión y la ansiedad (relación costo-beneficio)



Fuente: Chisholm et al, 2016 (217).

En Asia Meridional y África Subsahariana, el costo de ampliar la prestación de un conjunto integrado para la epilepsia, la depresión, el trastorno bipolar, la esquizofrenia y el consumo excesivo de alcohol se ha calculado en US\$ 3 a US\$ 4 per cápita. El rendimiento de esa inversión se estima entre 500 y 1 000 años de vida sana por cada millón de dólares gastados (223).

En otros lugares, se ha estimado que el costo de incorporar un conjunto de servicios en entornos no especializados es aún menor. En algunos estudios realizados en Etiopía, India, Nepal, Sudáfrica y Uganda se calcula que es inferior a US\$ 1 per cápita. Estos estudios sugieren que, durante un período de ampliación de diez años, la cantidad adicional que habría que invertir por año es inferior a US\$ 0,10 per cápita (224).

CUADRO 4.4

Invertir en la salud mental es altamente rentable

ESTUDIO DE CASO



JAMAICA

Inversión: US\$ 115 millones para ampliar el tratamiento de la depresión, la ansiedad y la psicosis en el período 2015-2030



FILIPINAS

Inversión: US\$ 2 700 millones (US\$ 2,57 per cápita por año) para un conjunto integrado de servicios de promoción, prevención y atención durante diez años



SUDÁFRICA

Inversión: 9% del presupuesto proyectado en el 2035 para ampliar las intervenciones para problemas de salud mental comunes y graves, la epilepsia, la demencia y los trastornos por consumo de alcohol y drogas.



UZBEKISTÁN

Inversión: US\$ 398 millones del 2021 al 2030 para ampliar las intervenciones basadas en la evidencia para problemas de salud mental comunes y graves, así como para la epilepsia y los trastornos por consumo de alcohol

BENEFICIOS DE LA INVERSIÓN MODELADOS

- Aumento de la cobertura del tratamiento psicosocial del 15% al 50%.
- Beneficios generales de más de US\$ 434 millones para la economía, incluidos aumentos de la productividad y el valor de beneficios sociales más amplios.
- Rendimiento de la inversión de más de cinco a uno para el tratamiento clínico de la ansiedad y la depresión.
- Se prevé que las intervenciones universales de aprendizaje social y emocional en la escuela para prevenir la depresión y el suicidio tendrán el mayor rendimiento de la inversión: US\$ 9,5 por cada US\$ 1 invertido.
- Otras inversiones que se prevé serán de alto rendimiento son la ampliación del tratamiento de la epilepsia (6,6 a 1) y de la depresión (5,3 a 1).
- Los rendimientos más altos se predijeron para la ampliación del tratamiento de la depresión perinatal, adulta e infantil, con rendimientos de 4,7, 4 y 3,6, respectivamente.
- Al final del período de ampliación, se restablecerían aproximadamente 2,2 millones de años de vida sana, y se evitarían cerca de 2,5 millones de casos prevalentes y más de 44 000 muertes.
- En general, el ahorro en relación con la psicosis y la demencia no superó los costos de la ampliación, pero los beneficios en términos de salud y derechos humanos fueron enormes.
- Beneficios proyectados de US\$ 382 millones en productividad restaurada más mejoras en la salud en sí, que fueron valuadas en US\$ 701 millones.
- La ampliación del tratamiento de la epilepsia y la depresión y las intervenciones universales de aprendizaje social y emocional en la escuela para prevenir la depresión y el suicidio muestran los mayores rendimientos de la inversión en términos de productividad restaurada y una ganancia de US\$ 8,7, US\$ 3,4, US\$ 3,0 respectivamente, por cada US\$ 1 invertido.

Fuentes: OPS, 2019 (225); Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental, 2021 (226); Arango et al, 2021 (227); Oficina Regional de la OMS para Europa, 2021 (228).



5

Bases para lograr el cambio

- MARCOS
- CONOCIMIENTO Y COMPROMISO
- FINANCIAMIENTO
- COMPETENCIAS

Resumen del capítulo

En este capítulo se exploran las bases para lograr el cambio hacia una mejor salud mental. Se hace hincapié en cuatro componentes particulares necesarios para garantizar el buen funcionamiento de los sistemas y servicios de salud mental: marcos eficaces de políticas y planificación, conocimiento y compromiso público y político, financiamiento y recursos suficientes, y amplias competencias para la atención de la salud mental. En el capítulo también se destaca el papel cada vez mayor de las tecnologías digitales en el fortalecimiento de los sistemas y servicios de salud mental.



Los mensajes clave de este capítulo son:

- Algunos objetivos esenciales de la transformación incluyen: planes y políticas, liderazgo y gobernanza, sistemas de información e investigación, finanzas, concientización de la población, y competencias en atención de la salud mental.
- Los instrumentos mundiales, que van de planes de acción conjuntos a convenciones jurídicamente vinculantes, son fundamentales para orientar la acción en materia de salud mental y proporcionar un contexto propicio para la transformación.
- Se necesitan tres tipos de compromiso político (expreso, institucional y presupuestario) para impulsar la agenda de salud mental y lograr un cambio significativo.
- Las personas con experiencia propia son importantes agentes de cambio para aumentar la concientización pública sobre la salud mental y la aceptación de las personas con problemas de salud mental.
- Incluir intervenciones psicosociales y medicamentos psicotrópicos en los servicios esenciales y esquemas de protección financiera de los conjuntos de servicios para la cobertura universal de salud es vital para cerrar la brecha en la atención de salud mental.
- Todos los países necesitan ampliar su fuerza de trabajo especializada y reforzar las competencias en atención de salud mental de los prestadores de atención primaria y comunitaria, así como de las personas de la comunidad.
- Las tecnologías digitales pueden reforzar los sistemas de salud mental al proporcionar instrumentos para informar y educar al público, capacitar y apoyar al personal de salud, prestar atención a distancia y facilitar la autoayuda.

En el capítulo 4, “Beneficios del cambio”, se argumentó en favor de transformar los sistemas de salud mental por los posibles beneficios que se podrían obtener. Algunos focos de progreso logrados en la última década muestran que el cambio es posible. En el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* se proporciona una hoja de ruta para la acción de todas las partes interesadas.

En muchos sentidos, transformar la salud mental es fortalecer el sistema: garantizar que cada uno de los componentes centrales de un sistema de salud mental sea adecuado para su propósito. Un sistema de salud mental que funciona bien cuenta con personal de salud mental capacitado

y motivado, sistemas de información operativos y un suministro confiable de productos y tecnologías médicas, respaldados por un financiamiento adecuado, un liderazgo sólido y planes y políticas basados en la evidencia (229).

El fortalecimiento de los sistemas de salud mental proporciona las bases para el cambio. Permite reorganizar y ampliar los servicios y el apoyo. En las secciones a continuación, se analiza lo que se necesita para asegurar cuatro pilares fundamentales para el cambio: marcos eficaces de políticas e información, conocimiento y compromiso público y político, financiamiento y recursos suficientes, y amplias competencias para la atención de la salud mental.

5.1 Marcos para las políticas y la práctica

Los marcos normativos nacionales e internacionales se utilizan para establecer los principios, valores y objetivos de los países en materia de salud mental y sirven para ayudar a la transformación.

5.1.1 Marcos internacionales

Para guiar la acción sobre salud mental se han establecido y se están usando varios marcos internacionales, que van desde agendas y planes de acción conjuntos hasta declaraciones de política y convenciones jurídicamente vinculantes. Esto incluye marcos regionales como: *Scaling up mental health care: a framework for action* [ampliación de la atención de salud mental: un marco para la acción], que fue adoptado por el 62.º Comité Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental en el 2015; el *European Framework for Action on Mental Health 2021–2025* [marco

europeo para la acción en materia de salud mental 2021-2025], adoptado por el 71.º Comité Regional de la OMS para Europa en el 2021, y los próximos marcos de la Región de África, la Región del Pacífico Occidental y la Región de las Américas.

Los marcos internacionales también incluyen instrumentos mundiales, como el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, que proporciona una hoja de ruta para transformar la salud mental a nivel mundial y es fundamental para la labor de la OMS (3). Actualizado en el 2019, este plan se estructura en torno a cuatro objetivos clave (véase el capítulo 1, “Introducción”). En él se esbozan medidas para los Estados Miembros, la OMS y los asociados, y se exponen diversas opciones sobre cómo podrían aplicarse dichas medidas. El cumplimiento de los objetivos del plan de acción contribuiría considerablemente a mejorar la salud mental en todo el mundo.

INSTRUMENTO

RECUADRO 5.1

Instrumentos internacionales de derechos humanos

Los instrumentos de derechos humanos adoptados por los Estados Miembros de las Naciones Unidas que guardan relación con el derecho a la salud mental y los derechos de las personas con problemas de salud mental son los siguientes:

- la Declaración Universal de Derechos Humanos (1948);
- el Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales (1966);
- el Pacto Internacional de Derechos Civiles y Políticos (1976);
- la Convención sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra la mujer (1979);
- los Principios de ética médica aplicables a la función del personal de salud, especialmente los médicos, en protección de personas presas y detenidas contra la tortura y otros tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes (1982);
- la Convención contra la Tortura y Otros Tratos o Penas Crueles, Inhumanos o Degradantes (1987);
- la Convención sobre los Derechos del Niño (1989);
- el Convenio sobre pueblos indígenas y tribales de la Organización Internacional del Trabajo (1989);
- las Reglas de las Naciones Unidas para la protección de los menores privados de libertad (1990);
- los Principios de las Naciones Unidas en favor de las personas de edad (1991);
- la Declaración sobre la eliminación de la violencia contra la mujer (1993); y
- la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (2006).

Fuente: ACNUDH, 2021 (230).



Cumplir con el Plan de acción integral sobre salud mental contribuiría considerablemente a mejorar la salud mental mundial.

Otro marco mundial clave es la Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD), que entró en vigor en el 2008. Ratificada por 182 países, la CDPD es una convención jurídicamente vinculante para promover, proteger y garantizar el goce pleno y en condiciones de igualdad de todos los derechos humanos de las personas con discapacidad, incluidas las personas con discapacidades psicosociales (véase la [sección 4.2, “Promoción y protección de los derechos humanos”](#)).

Otros instrumentos mundiales de derechos humanos también promueven los derechos de las personas con problemas de salud mental, tanto directa como indirectamente (véase el [recuadro 5.1, “Instrumentos internacionales de derechos humanos”](#)). Juntos, todos estos instrumentos internacionales son herramientas poderosas para la promoción legal y social destinada a transformar la salud mental

La Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible, con sus 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS), es otro marco mundial importante para la salud mental (231). El ODS 3 se centra específicamente en la salud e incluye la meta 3.4 para reducir en un tercio la mortalidad prematura por enfermedades no transmisibles (ENT) mediante la prevención y el tratamiento, y para promover la salud mental y el bienestar. La tasa de mortalidad por suicidio es un indicador de esta meta (indicador 3.4.2).

Una consecuencia importante del ODS 3 para las políticas y la práctica de la salud mental es el requisito de un enfoque sólido de salud pública para las necesidades de las personas con problemas de salud mental. No obstante, como detalla la comisión sobre salud mental mundial y desarrollo sostenible de The Lancet, los ODS proporcionan un marco más amplio para transformar la salud mental porque muchos otros ODS abordan explícitamente

los determinantes sociales y estructurales de la salud mental (véase la [sección 4.3, “Contribución al desarrollo social y económico”](#)) (15).

Así como los vínculos entre las prioridades de desarrollo y la salud mental se reconocen cada vez más, también los vínculos entre la salud mental y otras prioridades de salud. En el 2018, los jefes de Estado y de Gobierno de las Naciones Unidas firmaron una declaración política sobre la prevención y el control de las ENT (que abarca las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el cáncer y las enfermedades respiratorias crónicas) que reconoce los vínculos bidireccionales entre estas ENT y los problemas de salud mental (232). En consecuencia, establece un nuevo nivel de compromiso político para priorizar también la salud mental al aplicar la agenda relativa a las ENT. Además, aporta un nuevo impulso para manejar los problemas de salud mental junto con las ENT, tanto en la atención primaria de salud como en los programas específicos de ENT (véase la [sección 7.2, “La salud mental integrada en los servicios de salud”](#)).

Cobertura universal de salud para la salud mental

La cobertura universal de salud implica que todas las personas y comunidades reciban los servicios de salud que necesitan sin tener que sufrir dificultades financieras para pagarlos. Lograr la cobertura universal de salud para el 2030 es uno de los Objetivos de Desarrollo Sostenible. Es importante destacar que “cobertura universal de salud” no significa acceso gratuito a todos los servicios de salud posibles para todas las personas. Cada país tiene un camino diferente para lograr la cobertura universal y decidir qué cubrir, en función de las necesidades de su población y los recursos disponibles. Sin embargo, la cobertura universal de salud enfatiza la importancia del acceso a los servicios de salud y la información como un derecho humano básico.

INSTRUMENTO

RECUADRO 5.2

Iniciativa Especial de la OMS para la Salud Mental

La Iniciativa Especial de la OMS para la Salud Mental se estableció en el 2019 para acelerar el acceso a los servicios de salud mental a través de la cobertura universal de salud. El objetivo es garantizar que 100 millones de personas más tengan acceso a una atención de salud mental de calidad y asequible.

La iniciativa se ejecutará inicialmente en doce países para verificar lo que es posible. Ya se han seleccionado ocho países: Bangladesh, Filipinas, Ghana, Jordania, Nepal, Paraguay, Ucrania y Zimbabwe. En cada país, la Iniciativa Especial se basará en dos grandes tipos de acción estratégica:

- avance en torno a las políticas de salud mental, promoción de este tema y derechos humanos; y
- ampliación de las intervenciones y los servicios en entornos comunitarios, de salud general y especializados.

Es importante destacar que la iniciativa adopta un

Source: WHO, 2021 ().

enfoque caso por caso para incorporar la salud mental en la cobertura universal de salud y la reforma de la salud mental, y utiliza evaluaciones de los países y consultas detalladas para elaborar un plan que se base en las fortalezas existentes y responda a las prioridades nacionales, de modo que el apoyo se pueda dirigir a donde más se necesita. Se presta apoyo a los ministerios de salud para que dirijan la transformación a nivel nacional, y hagan hincapié en la ampliación de los servicios a los distritos y regiones. De esta manera, con la iniciativa se espera asegurar una ampliación sostenible.

Las prioridades en varios países se centran en los componentes básicos para el fortalecimiento del sistema de salud; por ejemplo, la gobernanza, el acceso a los servicios y los sistemas de información. Algunos países, como Paraguay, también están centrando sus esfuerzos en los aspectos de salud mental de la recuperación de la COVID-19.

En el 2019, la Asamblea General de las Naciones Unidas hizo una mención específica de las personas con problemas de salud mental en su resolución sobre la cobertura universal de salud (233). Ese mismo año, con la puesta en marcha de la Iniciativa Especial de la OMS para la Salud Mental, la OMS incorporó firmemente la salud mental en sus propios esfuerzos estratégicos para ampliar la cobertura universal de salud (véase el recuadro 5.2, “Iniciativa Especial de la OMS para la Salud Mental”).

Incorporar la salud mental en la cobertura universal de salud es fundamental para cerrar la enorme brecha de atención de salud mental que existe en muchos países. Además, es un paso crucial en el camino hacia la reforma de la salud mental. En la práctica, comprende actividades para incluir las necesidades de salud mental en paridad con las necesidades de salud física en todos los planes y procesos desarrollados para lograr la cobertura universal de salud.

Incorporar la salud mental en la cobertura universal de salud es fundamental para cerrar la enorme brecha de atención de salud mental que existe en muchos países.

Esto significa incluir intervenciones sociales y psicológicas, así como medicamentos básicos, para los problemas de salud mental en el conjunto de prestaciones de servicios esenciales y planes de protección financiera para la cobertura universal de salud (véase la sección 5.1.3, “Evidencia para fundamentar las políticas y la práctica”). Significa también garantizar que la atención de salud mental esté disponible y sea accesible a través de una amplia variedad de servicios de atención social y de salud, incluida la atención primaria de salud (235). Supone, también, ampliar la capacitación en todo el sistema de atención de salud para garantizar que el personal sea competente para tratar problemas de salud mental.

5.1.2 Políticas y marcos legislativos nacionales

Los marcos mundiales son importantes y útiles para dirigir los esfuerzos encaminados a mejorar la salud mental. Sin embargo, en última instancia, son las políticas, los planes y las leyes nacionales los que dan forma a la acción local sobre salud mental y permiten el cambio. En este nivel, los gobiernos tienen principalmente la responsabilidad de formular y aplicar marcos dirigidos a satisfacer todas las necesidades de salud mental del país, proteger los derechos de las personas con problemas de salud mental y promover la salud mental y el bienestar de todas las personas.

Según el atlas de la OMS sobre la salud mental del 2020, el número de países con políticas, planes y leyes establecidos en materia de salud mental está aumentando constantemente (véase la sección 3.3.2, “Brechas en materia de gobernanza”) (5). Estos instrumentos son

importantes para articular objetivos claros para la salud mental y orientar la práctica y la aplicación.

Se necesita específicamente que haya legislación sobre salud mental acorde con los instrumentos internacionales de derechos humanos, ya sea independiente o integrada en otras leyes, para proteger y promover los derechos humanos, por ejemplo, mediante mecanismos jurídicos y de supervisión, y favorecer el desarrollo de servicios sociales y de salud accesibles en la comunidad.

Se necesitan leyes y políticas orientadas a los derechos humanos para guiar la transformación de la salud mental, incluido el cambio de los servicios institucionalizados a los basados en la comunidad. Estas leyes y políticas protegen contra la discriminación y el abuso; subrayan la importancia de la libertad y permiten que se desarrollen y funcionen servicios comunitarios dedicados a salud mental, como centros comunitarios de salud mental o equipos de salud mental, para que las personas con problemas de salud mental puedan evitar la hospitalización en instituciones de custodia. También pueden ayudar a garantizar que la salud mental sea incluida en la atención primaria y otros programas y asociaciones para la salud prioritarios, por ejemplo, los dedicados a la infección por el VIH/sida, la salud de la mujer, la salud de la población infantil y adolescente, y las enfermedades transmisibles y no transmisibles.

Dada la naturaleza multisectorial de los determinantes de la salud mental y la importancia de los programas de salud mental en esferas como la educación, el empleo, la discapacidad, el sistema judicial, la protección de los derechos humanos, la protección social, la reducción de la pobreza y el desarrollo, es esencial que las leyes y políticas destinadas a mejorar la salud mental excedan al sector de la salud. Esto incluye, por ejemplo, leyes para proteger a niños y niñas del abuso o para proteger los derechos del personal a la salud mental.

En todos los casos, identificar e involucrar a las partes interesadas en la formulación de leyes y políticas de salud mental es importante para garantizar que sean adecuadas para su propósito.

Los planes detallados en los que se describa cómo se aplicarán las leyes y políticas son vitales. Esto implica:

- establecer plazos para elaborar y entregar elementos específicos de la ley y las políticas;
- asignar presupuesto;
- estimar las necesidades de recursos humanos (tanto especializados como no especializados) y elaborar un plan sobre cómo se capacitarán y ubicarán;
- determinar todas las actividades que se deben realizar y establecer funciones y responsabilidades claras para cada una; y
- establecer cómo se realizará el seguimiento y la evaluación para analizar el progreso y el desempeño (incluido el cumplimiento de los derechos), y para favorecer la mejora continua.

La OMS sugiere crear una unidad funcional de salud mental o un mecanismo de coordinación en el ministerio de salud, con un presupuesto asignado y la responsabilidad de la planificación estratégica (incluido el análisis de la situación, la evaluación de las necesidades y la coordinación y colaboración interministerial y multisectorial) para ayudar a garantizar la formulación y aplicación de políticas nacionales y marcos jurídicos eficaces (3).

5.1.3 Evidencia para fundamentar las políticas y la práctica

Se necesita información e investigación pertinentes y confiables para garantizar que las políticas, planes y evaluaciones transformadoras para la reforma de la salud mental se basen en la evidencia.

Los argumentos en favor de la inversión en la salud mental dependen en parte de contar con evidencia que indique que los problemas de salud mental son prevalentes y constituyen una grave amenaza para la salud pública (véase el recuadro 5.3, “Encuestas mundiales de la OMS sobre la salud mental”). Poner la evidencia en contexto es particularmente importante. Los datos nacionales y locales sobre las repercusiones de los problemas de salud mental en la salud, la educación, el empleo, el bienestar y otros sectores, y la eficacia de la atención basada en la comunidad pueden ayudar a situar la justificación de inversión en contextos políticos relevantes que impulsen a los responsables de las políticas a actuar (véase la sección 4.3.2, “Beneficios económicos”) (236). En Belice, por ejemplo, la evidencia sobre los problemas específicos del sistema nacional de salud mental, y sobre las estrategias eficaces disponibles para superarlos, fue un factor clave para persuadir a los responsables de las políticas y los donantes a que respalden una reforma radical de los servicios de salud mental en el país a lo largo de 20 años (237).

Además de los datos sólidos sobre la prevalencia y el impacto de los problemas de salud mental, la evidencia de que existen soluciones eficaces es esencial para contrarrestar la idea errónea de que no vale la pena invertir en la salud mental.

Compendio de la OMS para la cobertura universal de salud

En todas las áreas de la salud, pero quizás especialmente en la salud mental, donde los recursos suelen ser escasos, es esencial que cada intervención esté respaldada por evidencia, basada en análisis de datos sistemáticos cuidadosamente seleccionados y recopilados, y tome en cuenta los contextos culturales y las condiciones locales.

INSTRUMENTO

RECUADRO 5.3

Encuestas mundiales de la OMS sobre la salud mental

Durante más de 20 años, la iniciativa sobre encuestas mundiales de la OMS sobre la salud mental ha coordinado y llevado a cabo rigurosas encuestas epidemiológicas de la población general para proporcionar información sobre la prevalencia mundial, la carga y la necesidad insatisfecha de tratamiento de los trastornos mentales, y para apoyar las decisiones de política.

La iniciativa se ha puesto en marcha en 29 países que, cuando se combinan, representan a todas las regiones del mundo con un tamaño total de muestra de más de 160 000. Todas las encuestas utilizan una metodología común que incluye una entrevista diagnóstica estructurada de la OMS para evaluar el problema y el tratamiento, capacitación y

procedimientos uniformes de los entrevistadores y protocolos estandarizados de control de calidad.

Las encuestas mundiales de salud mental se han utilizado de diversas maneras para estimar la prevalencia de los trastornos mentales, evaluar los factores de riesgo, estudiar los patrones de uso de los servicios y las barreras para el uso, y validar las estimaciones de la carga de enfermedad. En conjunto, han sido cruciales para establecer que los trastornos mentales son muy comunes en todo el mundo. En casi todos los casos, han proporcionado a los países los primeros datos nacionales representativos sobre la epidemiología de los problemas de salud mental.

Sources: Harvard University, 2021 (); Demyttenaere et al, 2004 (); Kessler et al, 2007 ().

En las directrices y recomendaciones de la OMS se señala una serie de intervenciones para el tratamiento de los problemas de salud mental, cuya eficacia y adecuación se han establecido mediante exámenes sistemáticos de la mejor evidencia disponible y la consideración de valores, preferencias y cuestiones de viabilidad desde una perspectiva internacional (241).

- Las **intervenciones psicosociales** incluyen actividades, técnicas o estrategias interpersonales o informativas para mejorar la salud y el bienestar (242). En el campo de la salud mental, estas intervenciones incluyen psicoeducación, abordaje del estrés (incluida la capacitación en técnicas de relajación y atención consciente), apoyo social emocional o práctico (incluida la primera ayuda psicológica)

y varias otras actividades sociales y de rehabilitación, incluido el apoyo entre pares y el empleo y la vivienda asistidos (203). Incluyen, además, tratamientos psicológicos como la activación conductual, la terapia de resolución de problemas, la terapia cognitivo-conductual, la terapia interpersonal, y la desensibilización y reprocesamiento por movimientos oculares.

- Los **medicamentos psicotrópicos** pueden usarse cuando corresponda para reducir los síntomas de los problemas de salud mental prioritarios y mejorar el funcionamiento. Los medicamentos psicotrópicos en la lista modelo de medicamentos esenciales de la OMS incluyen medicamentos para la psicosis, el trastorno bipolar, los trastornos de ansiedad, la depresión y el trastorno obsesivo-compulsivo (243).

TOOL

RECUADRO 5.4

Guía de intervención mhGAP: ocho pasos en la práctica clínica

Los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas prioritarios que abarca actualmente el programa mhGAP de la OMS son depresión, psicosis (incluida la esquizofrenia y el trastorno bipolar), epilepsia, demencia, trastornos por consumo de alcohol o drogas, trastornos mentales y del comportamiento en la población infantil y adolescente, y trastornos relacionados con el estrés (por ejemplo, trastorno por estrés postraumático), así como lesiones autoinfligidas y suicidio. Para cada uno, la OMS ha elaborado (y sigue actualizando) recomendaciones de gestión utilizando el método bien establecido de clasificación de la valoración, elaboración y evaluación de las recomendaciones (GRADE, por su sigla en inglés). Las recomendaciones abarcan tanto intervenciones psicosociales como farmacológicas.

La guía de intervención mhGAP convierte estas pautas basadas en la evidencia en protocolos clínicos simples que pueden respaldar la toma de decisiones sobre el terreno en entornos de atención médica no especializados. Además, un programa de acción más amplio crea asociaciones entre todas las partes interesadas para adaptar y adoptar los protocolos a escala.

En la guía de intervención mhGAP se describen los elementos esenciales de la práctica clínica de salud mental, incluida la evaluación de la salud física de la persona y la evaluación y el manejo de los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas. En particular, se señalan ocho pasos en la práctica clínica:

1. Formular un plan de tratamiento en colaboración con la persona y su cuidador.
2. Ofrecer siempre intervenciones psicosociales para la persona y su cuidador.
3. Recurrir a las intervenciones farmacológicas cuando estén indicadas.
4. Derivar el paciente al especialista u hospital cuando esté indicado y estén disponibles.
5. Asegurarse de que exista un plan adecuado para el seguimiento.
6. Trabajar con los cuidadores y las familias para apoyar a la persona.
7. Promover fuertes vínculos con los sectores de empleo, educación, servicios sociales y otros pertinentes.
8. Modificar los planes de tratamiento para grupos especiales, como la población infantil y adolescente, las mujeres durante el embarazo y la lactancia, y las personas mayores.

Fuentes: Dua et al, 2011 (241); WHO, 2016 (244).



Sobre la base de extensos exámenes de la investigación, la OMS ha compilado el compendio para la cobertura universal de salud con el fin de ayudar a los países a decidir lo que se debe incluir en el conjunto de servicios para la cobertura universal de salud. Este repositorio mundial incluye más de 3 500 intervenciones basadas en la evidencia en todos los ámbitos de la salud, incluidas más de 200 medidas para responder a los problemas de salud mental (179).

Las medidas en materia de salud mental indicadas en el compendio abordan el espectro de intervenciones de promoción, prevención, diagnóstico, curación y rehabilitación. Se basan en gran medida en el centro de recursos del Programa de Acción para Superar las Brechas en la Salud Mental (mhGAP), que contiene los antecedentes, los documentos de proceso y los perfiles de evidencia, y las recomendaciones para las directrices de la OMS para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas (159). La mayoría de las intervenciones clínicas indicadas en el compendio están incluidas en la ampliamente utilizada guía de intervención mhGAP para entornos de atención de salud no especializados (véase el recuadro 5.4, “Guía de intervención mhGAP: ocho pasos en la práctica clínica”).

Para muchas personas con problemas de salud mental, resulta esencial poder elegir y acceder al tratamiento psicológico y a otro tipo de apoyo psicosocial.

Es importante destacar que las recomendaciones clínicas en el compendio de la OMS para la cobertura universal de salud y la guía de intervención mhGAP incluyen una combinación de intervenciones psicosociales y farmacológicas. Con demasiada frecuencia, las deliberaciones sobre salud mental en el conjunto de

servicios para la cobertura universal de salud se centran exclusivamente en los medicamentos. Sin embargo, para muchas personas con problemas de salud mental, poder además elegir y acceder al tratamiento psicológico y a otro tipo de apoyo psicosocial es esencial.

En el compendio se proporciona información sobre los programas de salud pertinentes, la etapa de la vida y las metas de los ODS, para cada intervención y acción de salud incluida.

Muchas de las intervenciones de salud mental en el compendio no solo son eficaces, sino también costo-eficaces y forman parte del conjunto de intervenciones costo-eficaces de la OMS para la salud mental (véase la sección 4.1.2, “Beneficios económicos”) (222).

En la práctica, la elección de la intervención y la forma en que se aplica se debe basar en el tipo de problema de salud mental y, en el caso de la población infantil y adolescente, en la etapa del desarrollo de la persona involucrada. Además, aunque los problemas de salud mental existen en un proceso continuo (véase la sección 2.1.2, “La salud mental existe en un proceso continuo”), los prestadores de atención de salud necesitan un marco diagnóstico para evaluar clínicamente, tratar y garantizar el pago de la atención de los problemas de salud mental.

Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.ª revisión (CIE-11)

El uso de la nosología médica es importante para garantizar que la salud mental se incluya en las estadísticas de salud y en la planificación e incorporación de los servicios de salud. Por ejemplo, si un país está estableciendo un conjunto básico de servicios de cobertura universal de salud, debe poder enumerar trastornos de salud mental claramente definidos para decidir cuál intervención incluir para qué

trastorno. Además, en muchos países, tanto los prestadores de seguros médicos privados como públicos generalmente requieren un diagnóstico antes de cubrir los costos.

La CIE-11 de la OMS es la herramienta mundial de referencia fundamentada en una extensa revisión de la evidencia para codificar enfermedades, causas de muerte, traumatismos y problemas de salud (245). Incluye un capítulo completamente revisado sobre trastornos mentales, del comportamiento y del desarrollo neurológico que ha sido diseñado para hacer que los diagnósticos de salud mental sean más accesibles, incluso en entornos no especializados (246).

A diferencia de la mayoría de los otros sistemas de diagnóstico en el ámbito de la salud mental, este capítulo de la CIE-11 está especialmente formulado para garantizar que sea clínicamente útil y aplicable a nivel mundial, además de válido y confiable (247).

Sistemas de información de salud mental

Los sistemas de información de la gestión de la salud, incluidos los de salud mental, proporcionan datos valiosos sobre las necesidades, el uso de los servicios y las demandas de recursos. Se pueden usar para rastrear tendencias y grupos de casos, determinar cuáles son los grupos en riesgo y medir los resultados intermedios y los resultados inmediatos de salud mental (incluida la cobertura). También pueden ser vitales para fundamentar la prestación de servicios, el despliegue de recursos y las directrices para la gestión (248).

A fin de que los sistemas de información de salud mental sean útiles para fundamentar las políticas y la planificación y mejorar los resultados de salud mental:

- los indicadores deben ser pertinentes y posibles de recopilar;
- los datos se deben revisar periódicamente y utilizar para identificar tendencias; y
- el sistema de salud debe permitir que se realicen cambios prácticos sobre la base de los datos recopilados.

Cuando estas condiciones se cumplen, los sistemas de información de salud pueden favorecer la toma de decisiones en todos los aspectos del sistema de salud y garantizar intervenciones equitativas, eficaces, eficientes y de buena calidad.

Sin embargo, a pesar del deseo de utilizar sistemas de información para apoyar la toma de decisiones en torno a la planificación de servicios, en los países de ingresos bajos y medianos esto rara vez ocurre (véase el recuadro 5.5, “Sistemas de información para la gestión de la salud mental en los países de ingresos bajos y medianos”) (249).

El *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* compromete a los países a fortalecer sus sistemas de vigilancia para monitorear la salud mental, las lesiones autoinfligidas y el suicidio. Sugiere que los países desglosen los datos por establecimiento, sexo, edad, discapacidad, método y otras variables pertinentes, y que utilicen estos datos para fundamentar planes, presupuestos y programas.

Investigación para la salud

Además de sistemas de información sólidos, las políticas y los servicios de salud mental basados en la evidencia también requieren investigación a nivel local que sea oportuna, pertinente y confiable, esté bien diseñada y realizada, y sea accesible e innovadora.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 5.5

Sistemas de información para la gestión de la salud mental en los países de ingresos bajos y medianos

En un estudio sobre los sistemas de información para la gestión de la salud mental en seis países africanos y asiáticos (Etiopía, India, Nepal, Nigeria, Sudáfrica y Uganda) se encontró que todos los países recopilaban algunos indicadores de salud mental a través de su sistema ordinario de información de gestión de la salud, pero que estos datos eran limitados en alcance y variables en su categorización de los problemas de salud mental.

En general, los sistemas de información estudiados se centraron en informar diagnósticos de salud mental en lugar de proporcionar indicadores a nivel del sistema sobre la calidad y el uso de los servicios. Cuando se recopilaban y notificaban datos sobre salud mental, tardaban demasiado tiempo en llegar

a los responsables de las políticas como para poder influir en las decisiones.

La introducción de un sistema separado de información sobre salud mental es poco realista e inconveniente en muchos países de ingresos bajos y medianos en los que la salud mental todavía está en gran parte desatendida y los recursos siguen siendo escasos. Sin embargo, los sistemas de información ordinarios se pueden fortalecer para que brinden datos sobre salud mental de mejor calidad. Por ejemplo, con un mejor apoyo y capacitación en la gestión de la información de salud mental, incluida la selección de indicadores estandarizados pertinentes para la salud mental.

Fuente: Upadhaya et al, 2016 (250).

Varias iniciativas han establecido prioridades de investigación para la salud mental a nivel mundial. Por ejemplo, en la iniciativa Grand Challenges in Global Mental Health del 2011, en la que se establecieron 25 prioridades de investigación para la salud mental, se involucraron a investigadores, promotores, ejecutores de programas y médicos de más de 60 países y fue fundamental para orientar fondos sustanciales a la investigación para la salud mental (251).

En las iniciativas para establecer prioridades a nivel mundial para la investigación de salud mental, como la iniciativa Grand Challenges in Global Mental Health, se destaca la importancia de la investigación dirigida a encontrar mejores intervenciones, métodos de atención o incluso

curas para los problemas de salud mental. No obstante, también se señalan otras esferas de interés, como la investigación sobre los determinantes de la salud mental, la prevalencia y la carga mundial de los problemas de salud mental, la viabilidad y asequibilidad de las intervenciones, y la eficacia y conveniencia de diferentes intervenciones en diferentes contextos.

A nivel de país, el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* enfatiza la importancia de desarrollar una agenda de investigación prioritaria y financiada que se base en la consulta y cooperación con todas las partes interesadas y sectores, y que incluya mecanismos sólidos para traducir el conocimiento en práctica.

Por supuesto, no todas las investigaciones se realizan para fundamentar específicamente una política determinada o con la intención de aplicarla directamente en la práctica. A menudo es la acumulación y replicación de los datos lo que eventualmente se adapta y adopta en las políticas o en las directrices o recomendaciones clínicas, y no una sola investigación. No obstante, cuando la investigación comienza con la intención de aplicación práctica, hay mucho que los investigadores pueden hacer para apoyar la traducción del conocimiento en práctica y guiar la transformación de la salud mental.

Los investigadores pueden, por ejemplo, garantizar que su investigación refleje las realidades locales y nacionales. Los datos recopilados para el atlas sobre la salud mental del 2020 muestran que menos del 5% de los resultados de la investigación en la salud a nivel mundial se centraron en la salud mental, y la mayor parte se concentró en los países de ingresos altos (véase la sección 3.3.1, “Brecha en materia de información”). Abordar los desequilibrios mundiales en relación con la investigación y ayudar a subsanar la brecha de datos es importante para garantizar que los países de ingresos bajos y medianos tengan la información que necesitan para identificar y encarar sus propias necesidades y prioridades de salud mental. Eso significa realizar investigaciones clínicas en los países de ingresos bajos y medianos, y garantizarles a los investigadores de estos países un papel central en el diseño y la gestión de la investigación. También

supone prestar mayor atención a la investigación sobre los sistemas de salud mental, en lugar de a la investigación básica o clínica, para comprender mejor cómo transformar los servicios a fin de que satisfagan las necesidades de salud mental de todas las personas que necesitan atención (252).

Los investigadores pueden hacer mucho más para involucrar a las personas con experiencia propia en el diseño y la concreción de la investigación. Las personas con experiencia propia y sus organizaciones pueden facilitar redes mundiales para la colaboración en investigación. Pueden ayudar a diseñar y llevar a cabo investigaciones culturalmente validadas y a evaluar los servicios para garantizar que la investigación sea creíble y realmente útil para los usuarios de los servicios y los cuidadores (253).

Es esencial garantizar que la evidencia producto de la investigación en materia de salud mental pueda ser utilizada, incluso por los responsables de las políticas, los gerentes, el personal médico y los planificadores de la salud mental (254). La planificación de la investigación en colaboración con las partes interesadas, el intercambio periódico de actualizaciones y resultados, la evaluación de las posibles implicaciones y la consideración conjunta de cómo utilizar la evidencia a medida que surge tienen un enorme potencial para traducir el conocimiento en práctica, incluso mediante un enfoque científico de la aplicación.

5.2 Comprensión y compromiso

La salud mental está desatendida por muchas razones diferentes. Una de las más importantes es que tiende a ser ignorada e infravalorada por las personas, las familias, las empresas, las comunidades y los países. El resultado es que las personas en todos los niveles de la sociedad y el gobierno toman medidas insuficientes para promover la salud mental, prevenir los problemas

de salud mental o proporcionar atención integral, basada en los derechos y de calidad a quienes la necesitan. Una apreciación profunda del valor real de la salud mental no es suficiente por sí sola para transformar la salud mental, pero es un paso fundamental en la dirección correcta.

5.2.1 Fortalecimiento de la voluntad y el compromiso políticos

La transformación de la salud mental no se puede lograr sin reasignar recursos limitados, desarrollar nuevas políticas, adquirir nuevas habilidades, establecer nuevas asociaciones e involucrar a nuevas partes interesadas. Al hacerlo, es común encontrar una fuerte resistencia al cambio, impulsada, por ejemplo, por problemas logísticos, intereses creados y prioridades contrapuestas (237). La voluntad política y el compromiso firmes son esenciales para superar las barreras.

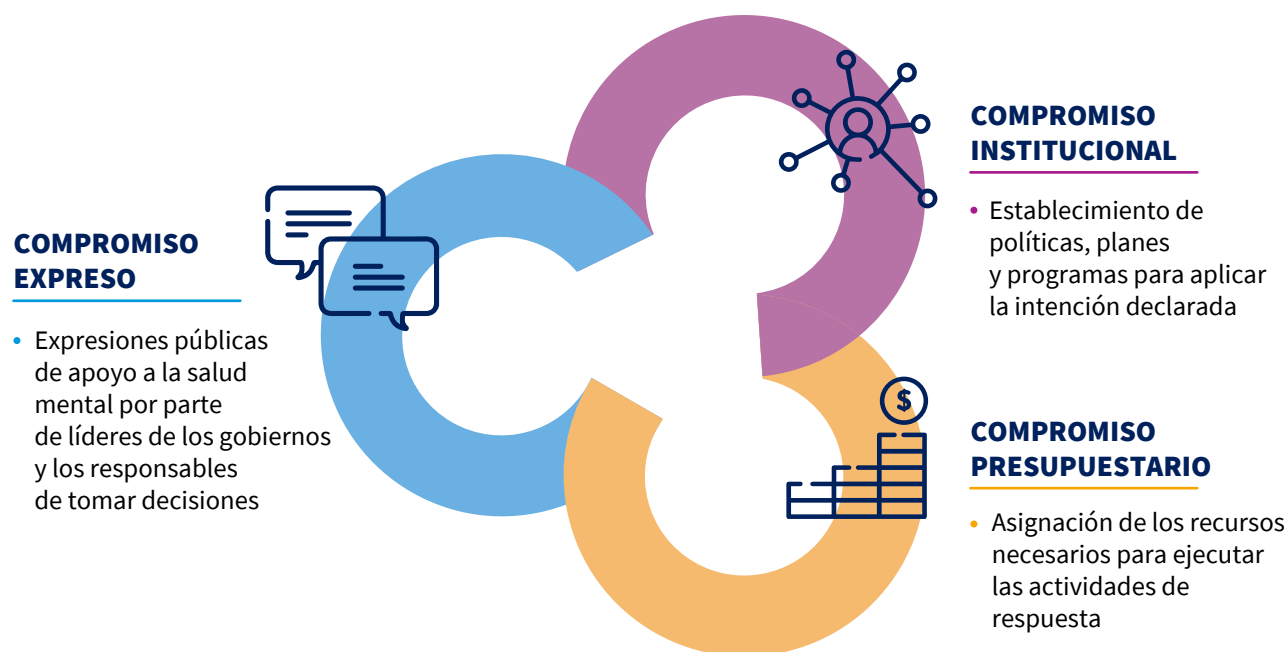
La voluntad política en relación con un asunto suele incluir tres tipos de compromiso: la amplitud del apoyo público de los encargados de adoptar decisiones (compromiso expreso); la

medida en que se establecen políticas, planes y programas para aplicar la intención declarada (compromiso institucional), y la asignación o no asignación de los fondos necesarios (compromiso presupuestario) (véase la figura 5.1) (255).

Los tres son necesarios para impulsar la agenda de salud mental y lograr un cambio significativo. De hecho, en un análisis del 2007 de los países de ingresos bajos y medianos se sugirió que muchos de los obstáculos para mejorar los servicios de salud mental podrían superarse generando voluntad política para una atención de salud mental accesible y humana (252). Desde entonces, el crecimiento de la promoción y la acción mundial ha logrado que se centre la atención política en la necesidad de una atención de salud mental de calidad y ha creado un deseo de cambio.

FIG. 5.1.

La voluntad política incluye tres tipos de compromiso



Fuente: Fox et al, 2011 (255).



A nivel mundial, el compromiso expreso es considerablemente mayor que hace una década. El compromiso institucional ha aumentado de manera similar, con 146 países que presentan informes sobre políticas y planes independientes de salud mental. Aun así, los países siguen siendo reacios a hacer realidad el cambio y el compromiso presupuestario es raro: solo 67 países notificaron datos sobre el gasto en la salud mental en el 2020 y los que lo hicieron solo gastaron en la salud mental, en promedio, el 2% de su presupuesto total de salud (véase la sección 3.3.2, “Brechas en materia de gobernanza”) (5).

Una serie de factores nacionales e internacionales pueden influir en cada tipo de compromiso político, entre otros, el liderazgo nacional, la promoción nacional, las agendas internacionales de salud pública y desarrollo, y la opinión pública. En todos los países, es importante identificar e involucrar a los principales organismos y partes interesadas en el proceso general, para fomentar la apropiación compartida de la visión y su incorporación.

En los países de ingresos bajos, en los que los presupuestos de salud mental son particularmente limitados, los donantes externos también pueden jugar un papel catalizador para iniciar y permitir una transformación en la salud mental. Asimismo, la voluntad política en los países de origen, así como en los de destino, puede influir en gran medida en si las organizaciones internacionales deciden invertir en la salud mental en los países de ingresos bajos y medianos (256).

En todo el mundo, la promoción, la evidencia y el contexto político pueden influir enormemente en el fomento del compromiso y el liderazgo.

Movimientos para abogar por la salud mental

Es necesario abogar por la salud mental en todos los niveles (mundial, regional, nacional y comunitario) para impulsar el avance de

las políticas y prácticas en este ámbito. En todos los niveles hay un número creciente de organizaciones que abogan por mejores políticas de salud mental, más financiamiento para los sistemas de salud mental y el fin de la estigmatización y discriminación contra las personas con problemas de salud mental.

Es necesario abogar por la salud mental en todos los niveles para impulsar el avance de las políticas y prácticas en este ámbito.

Abogar por la salud mental también combina cada vez más diferentes tipos de partes interesadas para lograr el cambio. Garantizar la representación de las diferentes partes interesadas en los movimientos de promoción es importante para su éxito y es una recomendación que figura en el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*.

La OMS ha elaborado orientaciones y colabora con una amplia variedad de organizaciones para abogar con éxito por la salud mental (257). Las instituciones internacionales pueden ser agentes clave del cambio en términos de aliento y apoyo a los responsables de las políticas para que mejoren los servicios de salud mental, garanticen la equidad en la atención y promuevan los derechos humanos. Las principales figuras de estas organizaciones, como el Director General de la OMS y el Secretario General de las Naciones Unidas, tienen un papel fundamental como defensores de una mejor salud mental.

Los Estados Miembros en los órganos mundiales de toma de decisiones, como la Asamblea Mundial de la Salud o la Asamblea General de las Naciones Unidas, o en coaliciones de naciones como el G77, el G20 o el G7, pueden ser firmes promotores entre pares para incluir la salud mental en las deliberaciones y cumplir compromisos compartidos para el cambio (como se expresa, por ejemplo, en el *Plan de*

acción integral sobre salud mental 2013-2030 o la Declaración Política de la Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles). Los gobiernos nacionales deben abogar por la salud mental ya que es igualmente importante para influir en las políticas y prioridades de las organizaciones internacionales como el Banco Mundial o el Fondo Mundial de Lucha contra el Sida, la Tuberculosis y la Malaria.

Los profesionales de la salud mental y las personas con experiencia propia de problemas de salud mental tienen una función importante en los esfuerzos que tienen como objetivo abogar por la salud mental. Los profesionales de la salud mental pueden ayudar a influir en los responsables de las políticas y fomentar el progreso a través de la influencia entre pares dentro de los países y entre ellos. La participación de personas con experiencia propia es importante para ayudar a cambiar actitudes y crear conciencia sobre los problemas de salud mental, articular el valor de un mejor acceso con una atención de salud mental eficaz y humana, y proporcionar servicios de apoyo entre pares, entre otras cosas (véase [la experiencia de Sahar](#) a continuación y el apartado “[Primer plano: Involucrar y empoderar a las personas con experiencia propia](#)” en el capítulo 4) (23).

Cada vez más, a estas partes interesadas se unen otros grupos influyentes, incluidos parlamentarios, empresas y organizaciones de medios y comunicación, que también

abogan por una mejor salud mental. En términos más generales, una gama cada vez mayor de partes interesadas reconoce la salud mental como una cuestión intersectorial y trabaja para integrarla mejor en los servicios y programas multisectoriales destinados, por ejemplo, a mejorar la salud física, fortalecer los logros educativos, defender los derechos humanos y apoyar a las personas afectadas por conflictos y desastres.

En todos los casos, es importante garantizar el consenso y la claridad en la comunicación. La fragmentación de los esfuerzos por abogar a favor de la salud mental, cuando distintas partes interesadas debaten entre sí para resaltar diferentes aspectos de la salud mental, ha sido señalada como un gran obstáculo para el progreso (258). En general, sin embargo, en los últimos años ha habido un aumento de las campañas, los eventos, los foros y las plataformas de promoción nacionales y mundiales coordinados (por ejemplo, véase el apartado “[Primer plano: Involucrar y empoderar a las personas con experiencia propia](#)” en el capítulo 4). Esto puede servir como vehículo para fortalecer el compromiso político. Por ejemplo, el Día Mundial de la Salud Mental (que se celebra el 10 de octubre de cada año) se utiliza cada vez más en todo el mundo para crear conciencia sobre los problemas de salud mental, obtener expresiones públicas de compromiso de los responsables nacionales de la toma de decisiones y movilizar esfuerzos en apoyo de la salud mental (259).

TESTIMONIO

Giving people hope is my greatest pleasure



La experiencia de Sahar

Tenía 16 años cuando mi vida se puso patas arriba por una enfermedad invisible. Pasé lo que debería haber sido mi último año en la escuela secundaria en un sofá, demasiado deprimida para moverme, comer o pensar, en una vorágine de terror interno que esperaba que desapareciera, pero eso nunca pasó.

Pasé años viviendo con una enfermedad mental no diagnosticada. Todo lo que sabía era que estaba sufriendo y me aterrorizaba que la gente se enterara de mi lucha mental. No conocía a nadie que hablara abiertamente acerca de tener un problema de salud mental. Recurrí a las drogas y al alcohol para adormecer mi dolor. Mi vida no me importaba y una vez intenté suicidarme.

Han pasado once años desde que mi mundo se vino abajo. En ese tiempo me han diagnosticado trastorno límite de la personalidad, trastorno depresivo mayor y trastorno obsesivo-compulsivo. He lidiado con los peligros de la adicción. Hoy estoy tomando medicamentos recetados, asistiendo a sesiones de terapia y trabajando para estar mentalmente saludable.

Durante esos once años también salí de mi burbuja de vergüenza y me di cuenta de que mi enfermedad era un superpoder que podía usar para ayudar a los demás. Cofundé una organización sin fines de lucro destinada a crear conciencia sobre la salud mental y utilicé mi

historia para sensibilizar y ayudar a otros. Me llena de orgullo el abogar por la salud mental. Dar esperanza a la gente al contar mi historia ha sido el mayor placer de mi vida. Tal vez todo el dolor de corazón y el sufrimiento tengan un propósito: ayudar a los demás.

Por mucho que mi enfermedad sea un superpoder, hay días en los que me paraliza. Tengo la suerte de tener un increíble sistema de apoyo que me guía a través de la oscuridad. No es algo que se pueda dar por sentado. Muchas personas no tienen apoyo ni acceso a una buena atención de salud mental. Se las deja sufrir y en algunos casos perecen por algo que es tratable.

Para avanzar, debemos garantizar que la atención de la salud mental sea accesible para todas las personas. Debemos asegurarnos de que se les enseñe a nuestros hijos que está bien no estar bien y que la ayuda está a solo una conversación de distancia. La enfermedad mental no es una sentencia de muerte ni un signo de debilidad.

Me llamo Sahar. Soy una orgullosa maestra, defensora, hija, sobrina, amiga, tía, mamá de mi perro y ser humano con un problema de salud mental que busca su camino en el mundo como todas las demás personas.

Sahar Vasquez, Belice

Ventana de oportunidad

Algunos contextos políticos ofrecen oportunidades particularmente favorables para asegurar el compromiso de los líderes políticos y hacer avanzar la agenda de salud mental. Esto incluye, por ejemplo, la presentación de un informe emblemático o un acuerdo internacional. En el 2001, el informe emblemático de la OMS sobre salud mental captó la atención de los dirigentes políticos de todo el mundo y dio impulso para que una serie de iniciativas nacionales e internacionales de salud mental se arraigaran y prosperaran (237).

Las emergencias humanitarias y los desastres naturales ofrecen plataformas de cambio inigualables para desarrollar mejores sistemas de atención a largo plazo.

En la Región de las Américas, la firma de la Declaración de Caracas en 1990 allanó el camino para la reforma de la salud mental. En la declaración se solicitaba que la salud mental se integrara en la atención primaria y que se protegieran los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Se basó en una combinación de estudios epidemiológicos que mostraron el alcance de los problemas de salud mental en la Región, pero también en la innovación política y social tras el fin de varias dictaduras. Sirvió de base para iniciativas normativas y legislativas y reformas satisfactorias e innovadoras en muchos países, incluidos Brasil, Chile, Cuba, El Salvador, Guatemala, Nicaragua y Panamá, entre otros (260).

Las emergencias humanitarias derivadas de desastres naturales y conflictos, a pesar de su naturaleza trágica y sus efectos adversos en la salud mental, ofrecen plataformas de cambio inigualables. Representan una obligación y una oportunidad para que los países inviertan en la salud mental. Un aumento de la ayuda nacional

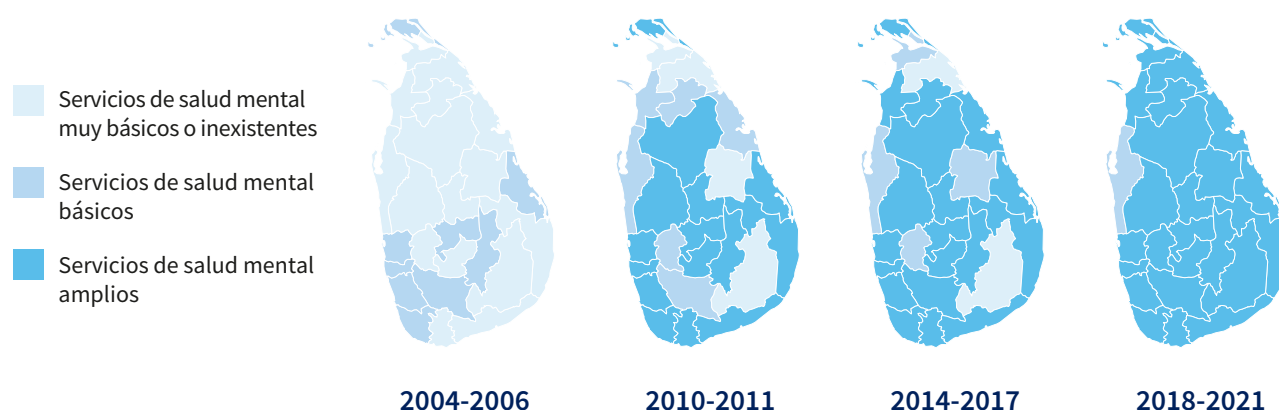
e internacional, combinado con una atención repentina y centrada en la salud mental de las personas, puede galvanizar el apoyo político y la acción y crear oportunidades para desarrollar mejores sistemas de atención a largo plazo.

En Siria, por ejemplo, antes del conflicto apenas había atención de salud mental disponible fuera de los hospitales psiquiátricos de Alepo y Damasco. Ahora, gracias a un creciente reconocimiento de la necesidad de apoyo y al aumento de la ayuda humanitaria, se ha introducido apoyo psicosocial y de salud mental en los centros primarios y secundarios de atención de la salud, en los centros comunitarios y de mujeres, y en los programas basados en las escuelas. Hoy, a pesar del conflicto en curso, al menos uno de cada cuatro centros de atención médica general en funcionamiento en Siria tiene una persona capacitada sobre la salud mental, que está supervisada y trabaja dentro de un sistema para brindar atención de salud mental.

Muchos países se han valido de la ayuda ofrecida durante emergencias para reforzar sus sistemas de salud mental tras las crisis (261). Por ejemplo, en Sri Lanka, los efectos del tsunami asiático del 2004 aumentaron drásticamente el interés político por la salud mental y facilitaron la movilización de recursos inmediatos para la atención de emergencia de la salud mental, que luego proporcionaron una plataforma para una reforma nacional más amplia. Con el apoyo de la OMS, el Ministerio de Salud de Sri Lanka colaboró con las partes interesadas para elaborar una política nacional de salud mental centrada en la descentralización de la atención y la garantía de la disponibilidad local de servicios de salud mental en todos los distritos del país. El plan se ejecutó a través de múltiples programas a nivel nacional y distrital. Hoy en día, todos los distritos del país tienen infraestructura de servicios de salud mental, en comparación con un tercio antes del tsunami (véase la figura 5.2).

FIG. 5.2

La expansión de los servicios de salud mental en Sri Lanka, 2004–2021



SERVICIOS	2004 → 2021		RECURSOS HUMANOS	2004 → 2021	
• Unidades para pacientes agudos	10	25	• Psiquiatras	36	136
• Consultorios para pacientes ambulatorios en los hospitales	10	26	• Psiquiatras infantiles	1	10
• Unidad de rehabilitación para cuidados intermedios	5	21	• Psiquiatras forenses	-	2
• Centros de rehabilitación del consumo de alcohol	1	11	• Médicos de salud mental	40	223
• Consultorios comunitarios	55	287	• Médicos con diploma de un año en psiquiatría	-	47
• Servicios de salud mental infantil en hospitales generales	2	26	• Personal de enfermería psiquiátrica	-	71
• Unidades de salud mental infantil	-	2	• Trabajadores sociales especializados en psiquiatría	9	78
• Línea telefónica de ayuda sobre salud mental	-	1	• Terapeutas ocupacionales	6	58
			• Funcionarios de apoyo en la comunidad	-	54
			• Foniatras	-	13

Fuentes: Ministerio de Salud de Sri Lanka et al, 2021 (262); Dirección de Salud Mental de Sri Lanka, datos sin publicar, marzo del 2022.

En Albania, la crisis de refugiados de Kosovo¹ de 1999 creó un interés en la salud mental y el deseo de reformar la salud mental, con el apoyo económico necesario. Se aprobó un nuevo plan de salud mental y los servicios se descentralizaron para pasar de un sistema de atención solo hospitalario y orientado a la biología a una amplia gama de servicios basados en la comunidad (véase la figura 5.3).

Más recientemente, la pandemia de COVID-19 ha hecho que el fortalecimiento de los sistemas de salud mental sea más urgente en todo el mundo, pero especialmente en los países de ingresos bajos y medianos. Ha dado lugar a respuestas rápidas y diversas mediante, por ejemplo, planes nacionales de respuesta a la COVID-19 para los servicios de salud mental; aplicación de la orientación de la

¹ Debe entenderse que la referencia a Kosovo en el presente informe se inscribe en el contexto de la resolución 1244 (1999) del Consejo de Seguridad de las Naciones Unidas.

OMS y el Comité Permanente entre Organismos, y una decisión del Consejo Ejecutivo de la OMS en la que se insta a los Estados Miembros a que tomen medidas y asignen recursos para la salud mental (véase el apartado “Primer plano: La COVID-19 y la salud mental” en el capítulo 2) (7, 263). Sobre la base del creciente interés en el uso de nuevas tecnologías en la atención de la salud mental en los últimos años, la pandemia también ha estimulado el desarrollo y despliegue de una serie de herramientas y tácticas digitales para apoyar la salud mental frente a la profunda incertidumbre, el estrés y el cambio (véase el apartado).

FIG. 5.3
Cambios en los centros de salud mental en Albania 2000–2020



Fuente: Ministerio de Salud de Albania, datos sin publicar, marzo del 2022.

Todas las oportunidades deben aprovecharse para transformar la salud mental, ya se trate de un nuevo informe, un cambio de gobierno, un desastre o una emergencia de salud pública.

5.2.2 Generar conciencia e interés público

Crear conciencia e interés público es esencial para transformar y ampliar la atención de salud mental. La salud mental es un asunto que nos compete a todas las personas. Intrínseca a nuestra calidad de vida y nuestras posibilidades de prosperar, es algo que todas las personas deben valorar para sí mismas y para los demás. Si el público en general no conoce o no está interesado en los problemas de salud mental, es menos probable que asuma la responsabilidad del autocuidado, busque la ayuda adecuada cuando no está bien o priorice el acceso a una atención de salud mental de calidad para todas las personas (véase la sección 3.4.2, “Niveles bajos de conocimientos básicos en materia de salud mental”). También es poco probable que los gobiernos inviertan en la promoción de la salud mental o se comprometan con la reforma de la atención de la salud mental si el público en general no está bien informado ni interesado en los problemas de salud mental.

Generar interés público en la salud mental, cambiar actitudes y abordar la estigmatización no es fácil, pero la experiencia demuestra que es posible, sobre todo a través de la educación, el contacto y las estrategias de protesta contra la estigmatización, como las descritas en la sección 4.2.1, “Lucha contra la estigmatización y discriminación”. Los enfoques basados en el contacto social con personas con problemas de salud mental son particularmente eficaces. Las personas con experiencia propia, incluso en organizaciones dirigidas por pares, pueden ser importantes agentes de cambio. Pueden aumentar la conciencia y la aceptación en el público en general y contribuir, así, con conocimientos básicos sobre salud mental (véase la experiencia de Angélica).

TESTIMONIO

El conocimiento es poder



La experiencia de Angélica

En mi país hay 17 profesionales de la psiquiatría para 16 millones de personas. El presupuesto de salud mental es muy pequeño y problemas como el mío, el trastorno obsesivo-compulsivo (TOC), simplemente se ignoran.

Durante años pensé que tal vez estaba hechizada, maldecida o poseída por espíritus malignos. Tuve que pasar por esto sola, por miedo a la estigmatización. Ni siquiera podía decírselo a mi esposo. Tenía miedo de que mis seres queridos me abandonaran. Mi iglesia no pudo ayudar. Ningún sacerdote entendía por lo que estaba pasando. No había grupos de apoyo en todo el país.

Finalmente me enteré del TOC en línea. Incluso entonces me tomó casi un año reunir el coraje para consultar a un trabajador de salud. Recuerdo que una vez le dije a un amigo que el gobierno estaba decepcionando a las personas con TOC porque nadie hablaba de eso. Ellos respondieron que solo podemos culparnos a nosotros mismos: tenemos que hablar.

En el 2018 fundé una organización no gubernamental llamada Zimbabwe OCD Trust para crear conciencia

y brindar apoyo a las personas con TOC. Comencé un grupo de apoyo. Solíamos reunirnos cara a cara una vez al mes antes de la COVID-19; ahora nos reunimos en línea. Di charlas en la radio y en eventos locales. Nuestro trabajo fue presentado en periódicos y revistas. La gente comenzó a prestarme atención y a escuchar lo que estaba diciendo; luego comenzaron a presentarse e invitarme a hablar sobre este trastorno altamente estigmatizado.

El conocimiento es poder. Para la mayoría de las personas, el solo hecho de saber que su malestar era causado por un problema de salud mental y no por algún espíritu maligno fue un alivio. No soy psiquiatra, así que una vez que alguien se siente cómodo hablando de su trastorno, le pido que busque ayuda profesional.

Siento que esto es solo el comienzo de mi trabajo para crear conciencia sobre el TOC, poner fin a la estigmatización y apoyar a las personas con experiencia propia para que sean tratadas en igualdad de condiciones en este mundo.

Angelica Mkorongo, Zimbabwe

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 5.6

VISHRAM: una iniciativa comunitaria para reducir los suicidios en las zonas rurales de la India

El programa sobre estrés y salud de Vidarbha (conocido como VISHRAM) fue un programa comunitario que se ejecutó durante 18 meses en el 2014 y el 2015. Fue formulado para abordar los factores de riesgo de suicidio relacionados con la salud mental en el distrito rural de Amravati, Vidarbha, India central. Al final del proyecto, la prevalencia de ideas suicidas en la población a la que iba dirigido el programa VISHRAM se había reducido a la mitad, y la prevalencia de depresión había disminuido un 22%. También se sextuplicó el porcentaje de personas que buscaba atención de salud mental.

El programa VISHRAM utilizó un modelo escalonado de atención colaborativa, en el que los trabajadores de salud comunitarios eran el primer punto de contacto. Visitaron hogares y celebraron pequeñas reuniones para aumentar la conciencia sobre los problemas

de salud mental y los servicios disponibles para tratarlas. También ayudaron a detectar a las personas con síntomas de depresión, y a persuadirlas de que hablaran con un consejero no especializado para recibir primera ayuda psicológica o, en caso de síntomas más graves, de acudir a una clínica de alcance comunitario y consultar a un profesional de la psiquiatría.

Como legado del programa VISHRAM, cada una de las 30 aldeas involucradas en el programa tiene un trabajador de salud comunitario que está capacitado para detectar la depresión, brindar apoyo de primera línea y derivar a las personas al sistema de salud pública para su posterior tratamiento. El aumento de la conciencia en los miembros de la comunidad también provocó que 26 consejos de aldea aprobaran resoluciones para exigir al Gobierno del Estado servicios de salud mental.

Fuente: Shidhaye et al, 2017 (264).

En la práctica, los programas de concientización pueden variar mucho de un país a otro, como reflejo de las diferencias en materia de cultura, contexto y recursos disponibles. En muchos casos, están integrados en otros servicios e infraestructuras de salud mental comunitarios diseñados para aumentar la demanda de atención (véase el recuadro 5.6, “VISHRAM: una iniciativa comunitaria para reducir los suicidios en las zonas rurales de la India”).

La concientización y la búsqueda de ayuda son un requisito clave para ampliar la atención de salud mental que tanto se necesita. Si las personas no saben que algunos de sus problemas de salud mental se pueden abordar en servicios que están disponibles localmente, no buscarán atención.

La concientización también incluye la detección proactiva de casos. Investigaciones en las zonas rurales de Nepal mostraron que el personal voluntario de la comunidad capacitado para usar un instrumento de detección de casos basado en viñetas e imágenes pueden identificar a las personas con problemas de salud mental y, por lo tanto, informarles sobre la atención disponible (265). En el estudio de Nepal se observó que la detección proactiva de casos en la comunidad llevó a casi un 50% más de las personas a comenzar un tratamiento de salud mental, en comparación con las campañas masivas de concientización y la iniciativa propia.

Aprovechar las tecnologías digitales para la salud mental

Las tecnologías digitales, desde sitios web y plataformas en línea hasta teléfonos inteligentes y aplicaciones móviles, hace tiempo que ayudan a las personas a lograr una mejor salud mental (). Hasta hace poco, la mayoría de las personas que los usaban vivían en los países de ingresos más altos. En la actualidad, estas tecnologías están disponibles para un número cada vez mayor de personas, son más asequibles en muchos países y entornos, y se aprovechan cada vez más para mejorar la salud mental, especialmente en zonas remotas donde es más probable que las personas tengan acceso a un teléfono móvil que a la atención de salud mental.

Esta tendencia se amplificó durante la pandemia de COVID-19 a medida que los usuarios y prestadores de servicios buscaban formas de brindar y acceder a la atención de salud mental en medio de las restricciones sociales.

Por supuesto, las tecnologías digitales para la salud mental no están exentas de riesgos. En todos los casos, las intervenciones digitales deben estar guiadas por principios éticos y aplicarse de acuerdo con los códigos de conducta profesionales. Las principales cuestiones de interés son la privacidad, la protección de datos, la seguridad y la responsabilidad (267). La disponibilidad y la equidad también son cuestiones importantes, especialmente porque muchas personas, En general, las tecnologías digitales pueden contribuir sustancialmente a los esfuerzos nacionales para lograr la

en particular aquellas con menos recursos, pueden no tener acceso a las tecnologías digitales (véase el apartado “Brecha digital” en la sección 3.3.3, “Falta de recursos”).

Además, las tecnologías digitales en general pueden afectar negativamente la salud mental. Distintos estudios sugieren que la exposición, en particular, a las redes sociales se relaciona con problemas de salud mental en la población joven (aunque se toman con cautela debido a las limitaciones metodológicas de la investigación). El tiempo que se pasa en línea, los tipos de actividades y el uso adictivo se han asociado con depresión, ansiedad y malestar psicológico en la población adolescente.

El tiempo excesivo frente a la pantalla y el uso frecuente de la tecnología digital pueden aumentar los síntomas de déficit de atención, alterar el sueño y obstaculizar el desarrollo del cerebro (268, 269). También pueden llevar a la adicción a la tecnología y al aislamiento social. El trastorno por uso de videojuegos, que es un nuevo trastorno incluido en la CIE-11, es una preocupación creciente (270). Es más común en los hombres que en las mujeres, y puede generar malestar psicológico marcado y deterioro significativo del funcionamiento personal, familiar, social, educativo u ocupacional.

cobertura universal de salud mental. Reducen el tiempo y los gastos de viaje. Proporcionan flexibilidad para

adaptarse a los horarios diarios de las personas. Además, el anonimato puede ayudar a evitar las barreras creadas por la estigmatización. De hecho, la evidencia de que los enfoques

En los apartados a continuación se describen cinco esferas sumamente promisorias en las que ya se están utilizando las tecnologías digitales para mejorar efectivamente la disponibilidad, el alcance y la calidad de la atención de salud mental (no hemos considerado su uso en los sistemas de información de salud mental).

Los ejemplos proporcionados están lejos de ser exhaustivos: este es un campo en rápida evolución y constantemente surgen nuevos enfoques y aplicaciones.

Tecnologías digitales para informar y educar al público

Tener información sobre salud mental y sobre cómo lidiar con la propia salud mental puede ser extremadamente útil para las personas con malestar psicológico o un problema de salud mental o incluso para cualquiera que simplemente quiera mejorar su bienestar.

Recursos en línea de la OMS. La OMS proporciona amplios recursos digitales al público a través de diversos medios, incluidos videos, folletos, manuales y páginas web (272). Los principales temas son el abordaje del estrés, la salud mental durante la COVID-19, cómo lidiar con la depresión y prevención del suicidio.

Expertos mundiales por experiencia propia. La red Global Mental Health Peer Network publica podcasts, entrevistas, documentos académicos y artículos en línea para transmitir información destinada a empoderar a las personas con experiencia propia (273). Al divulgar historias de recuperación, la red espera ayudar a romper la estigmatización y recordar a otros que la recuperación es posible.

digitales apoyan la salud mental es convincente, en particular los enfoques de autoayuda y telemedicina que muestran grandes beneficios, incluso en países de ingresos medianos (271).

Conocimientos básicos en materia de salud en China. En respuesta al aumento de los problemas de salud mental durante la pandemia de COVID-19, los profesionales de la salud mental y las autoridades de salud de China desarrollaron una serie de programas de educación y concientización en línea sobre salud mental (274). Esto también incluye el uso de las redes sociales para proporcionar información al personal médico y al público, además de libros electrónicos gratuitos para educar a las personas sobre la prevención, el control y la salud mental en relación con la COVID-19.

Tecnologías digitales para capacitar al personal de salud

Academia de la OMS. Mediante una combinación de programas de aprendizaje en línea, presenciales y combinados, la Academia de la OMS planea ampliar el acceso al aprendizaje para el personal de salud, de gestión y de salud pública, los educadores, los investigadores y los responsables de las políticas de todo el mundo. Cuando se inaugure, ofrecerá capacitación sobre todos los aspectos de la salud mundial, incluida la salud mental. La academia ofrecerá programas multilingües y personalizados con innovaciones como inteligencia artificial y tecnología de realidad virtual. Todos los cursos serán adecuados para entornos con ancho de banda limitado. Los módulos de formación básicos de mhGAP y el Instrumento de Calidad y Derechos (QualityRights) para el personal de atención primaria de salud estarán disponibles a través de la nueva academia.

EMPOWER. EMPOWER es un programa de capacitación interactivo en línea que enseña a los trabajadores de salud comunitarios supervisados a realizar intervenciones de salud mental para

diferentes problemas. Se está desarrollando simultáneamente en India y Estados Unidos. El programa está digitalizando el contenido de los tratamientos psicosociales existentes, basados en la evidencia, que han demostrado ser eficaces cuando son administrados por no especialistas. El aprendizaje en línea incluirá aprendizaje digital, un entrenador remoto, supervisión entre pares moderada por un experto y evaluación de competencias (275).

Campus Virtual de Salud Pública (CVSP). El Campus Virtual de Salud Pública es la plataforma educativa de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (276). A través del CVSP, los profesionales de la salud pueden acceder a cursos en línea y materiales interactivos sobre una variedad de temas de salud pública, incluidos temas de salud mental, como prevención de las lesiones autoinfligidas y el suicidio, salud mental y apoyo psicosocial en emergencias humanitarias, y combate contra la estigmatización. La plataforma incluye contenidos en cuatro idiomas, aportado por 21 países de la Región de las Américas. El CVSP ha apoyado la capacitación sobre la salud pública desde el 2008 y actualmente tiene más de un millón de personas inscritas en sus cursos (277).

Tecnologías digitales para apoyar a prestadores no especializados

Las herramientas digitales pueden ayudar a los prestadores no especializados a evaluar los problemas de salud mental y tratarlos.

Guía electrónica de intervención mhGAP. La guía de intervención mhGAP original proporciona protocolos clínicos para apoyar a los prestadores no especializados en la evaluación y el manejo de los problemas prioritarios de salud mental. La herramienta móvil ofrece los mismos materiales, reformulados para su uso con un teléfono inteligente y en varios idiomas.

Cibersalud en Afganistán. En Afganistán, una iniciativa de cibersalud en la provincia de Badakhshan prestó apoyo a los trabajadores de salud comunitarios y a los prestadores de atención de salud en centros de atención a través de una aplicación móvil hecha a medida (278). Al igual que la guía electrónica de intervención mhGAP, la aplicación afgana incluía directrices interactivas basadas en el programa mhGAP para la detección y el tratamiento. También permitía registrar a los usuarios de servicios de salud mental en la comunidad y proporcionaba una plataforma para la teleconsulta. La evaluación preliminar sugirió que en las comunidades remotas había mejorado el acceso a la atención, la estigmatización había disminuido y la calidad de los servicios de salud había aumentado.

Tecnologías digitales para la atención a distancia

La telesalud mental es una forma de poner en contacto a los usuarios del servicio y a los profesionales de la salud mental de manera remota. Las sesiones realizadas a través de videoconferencia, mensajería en línea o por teléfono permiten al profesional realizar evaluaciones, proporcionar terapia (individual, grupal o familiar), prescribir medicamentos, educar sobre salud mental y apoyar la autogestión. La investigación muestra que el tratamiento psicológico a través de videoconferencia puede ser particularmente útil en el tratamiento de la depresión y la ansiedad (279).

La telesalud mental también puede involucrar a profesionales de la salud mental para que apoyen a los farmacéuticos para la entrega de medicamentos bajo prescripción o a los prestadores de atención primaria para sus consultas, ya sea en vivo o utilizando un formato de registro y reenvío en el que la información se registra previamente y se envía para su revisión. También puede consistir en proporcionar asesoramiento y orientación de forma remota.

En zonas rurales remotas, la telesalud mental puede ser más conveniente para fines logísticos. Durante la pandemia de COVID-19, fue la única opción práctica disponible para la mayoría de las personas (véase el apartado “Primer plano: La COVID-19 y la salud mental” en el capítulo 2). Las personas a menudo prefieren la telesalud mental porque evita la estigmatización por asistir a una consulta física y el tiempo y el costo del viaje.

Asesoramiento mediante el chat en China. Durante la pandemia de COVID-19, los profesionales de la salud mental en instituciones médicas, universidades y sociedades académicas de todas las regiones de China establecieron servicios de asesoramiento psicológico en línea las 24 horas a través de aplicaciones de mensajería gratuitas (274).

Recetas electrónicas en Filipinas. En Filipinas, los médicos utilizaron las teleconsultas para ponerse en contacto con las farmacias y emitir recetas electrónicas como una forma de mejorar el acceso a los medicamentos recetados durante los cierres por la COVID-19 (280).

Tecnologías digitales para la autoayuda

Las intervenciones de autoayuda tienen una sólida base de evidencia, especialmente para la depresión y la ansiedad (281). No obstante, cuando se trata de autoayuda digital para la salud mental, hay miles de aplicaciones en línea y móviles disponibles y solo unas pocas han sido bien probadas y evaluadas.

Entre los ejemplos de herramientas bien evaluadas cabe citar Step-by-Step (véase la experiencia de Nour y el recuadro 7.7, “Step-by-Step: autoayuda guiada para la gestión de la depresión en el Líbano”).

Teléfonos inteligentes para el abordaje del estrés.

En Viet Nam, se ha descubierto que un programa de abordaje del estrés basado en teléfonos inteligentes mejora el compromiso laboral del personal de enfermería de los hospitales. El programa se elaboró en consulta con personal de enfermería vietnamita para tomar en cuenta su cultura de trabajo y los factores estresantes y se proporcionó en dos formatos: uno en el que el usuario podía elegir cualquier módulo, y otro en el que los módulos se debían seguir en orden secuencial. Se observó que el programa de orden establecido, que incluía capacitación en técnicas de abordaje del estrés basadas en terapia cognitivo-conductual, mejoró significativamente el compromiso laboral a los tres meses de seguimiento; sin embargo, su efecto no perduró en el seguimiento a siete meses (282).

Herramienta de ciber salud de la OMS para reducir el consumo de alcohol.

Se trata de una herramienta interactiva de autoayuda basada en la evidencia para personas que buscan reducir o interrumpir su consumo de alcohol. Se ha probado en Bielorrusia, Brasil, India y México, donde se encontró que reduce el consumo nocivo o peligroso de alcohol en seis meses, lo que sugiere que podría ser un importante modelo a seguir para otros países de ingresos bajos y medianos (283).

TESTIMONIO

De verdad puedo sentir la diferencia



La experiencia de Nour

Desde que nací, he sufrido con la enfermedad de los huesos frágiles. Cuando era joven fui a una escuela que se preocupa por integrar a niños y niñas con necesidades especiales y no me sentía diferente, aunque fuera de la escuela fui víctima de una intimidación que me molestaba y me hacía llorar mucho.

Luego, en mi último año de escuela, mi familia se mudó. Mi nueva escuela ni siquiera cumplía con las normas más elementales para apoyar a las personas con mi problema. Comencé a faltar mucho a la escuela y después de años de estar entre los primeros de la clase, mis calificaciones comenzaron a bajar. Reprobar mis exámenes fue un gran shock y desarrollé un miedo constante al fracaso. Comencé a tener más problemas psicológicos, pero no era consciente como para expresarlos ni pedir ayuda a nadie.

Probé la terapia, pero no siempre pude pagar los honorarios. Luego encontré el programa Step by

Step en las redes sociales. Step-by-Step es un programa gratuito de salud mental en línea que me brinda un espacio para expresar mis emociones y herramientas para ayudarme a superar los problemas que enfrento. Al principio sentí que las herramientas no eran tan útiles, pero al usarlas una y otra vez pude percibir la diferencia.

Hoy puedo expresar mi estado de ánimo cuando lo necesito y uso herramientas como ejercicios de respiración y atención consciente que me ayudan a disminuir mi dolor psíquico. A través de Step by Step he aprendido a hacer cosas incluso cuando me siento deprimida e impotente, con el método de dividir las tareas en simples. Step by Step también me está ayudando a fortalecer mis relaciones sociales. Siento que pertenezco a un círculo de apoyo, y he adquirido habilidades que me hacen pensar de manera más positiva y agradecida.

Nour Awad, Líbano

5.3 Financiamiento de la salud mental

El fortalecimiento de la información, la evidencia y los conocimientos facilita solo hasta cierto punto la reforma de la salud mental. Para transformar los servicios de salud mental, los planes y las políticas deben traducirse en acciones, con un financiamiento que asigne recursos de manera conveniente y donde se precisen. Un financiamiento adecuado proporciona la base para establecer mecanismos de administración y gobernanza, desarrollar y desplegar una fuerza laboral capacitada e instalar infraestructura y tecnología relevantes para ampliar la prestación de servicios sostenibles de salud mental.

Lograr un financiamiento adecuado requiere que los responsables de las políticas y planificadores asignen más fondos a la salud mental, ya sea por medio de recursos adicionales del tesoro nacional o de financiadores externos, o a través de la redistribución de recursos para dirigirlos a la salud mental, tanto del presupuesto de salud como del presupuesto de todo el gobierno (por ejemplo, en los presupuestos de educación).

De cualquier manera, las restricciones presupuestarias y las limitaciones de recursos humanos invariablemente delimitan lo que es posible. Lograr la cobertura universal de salud requiere decisiones racionales y cuidadosamente analizadas sobre dónde, cómo y a quién se deben proporcionar los servicios de salud. En todos los contextos, los procesos exhaustivos para sopesar las necesidades, los recursos, la evidencia del impacto y los modelos de intervención pueden ayudar a garantizar que los recursos se asignen y los servicios se presten de manera adecuada y eficiente.

Las limitaciones financieras han llevado a algunas soluciones sumamente innovadoras que utilizan recursos mínimos pero logran resultados importantes. Tales innovaciones, nacidas de la necesidad, pueden ser la opción más favorable en los países de ingresos bajos y medianos; también

pueden proporcionar modelos apropiados para los países de ingresos altos. Por ejemplo, tanto “Enfrentando Problemas Plus” como “Bancos de amistad” son versiones breves y simplificadas de intervenciones psicológicas que se desarrollaron originalmente para las comunidades de países de ingresos bajos y medianos pero que ahora se han adaptado para su uso en Nueva York (véase la sección 7.1.4, “Ampliación de la atención para las personas con problemas frecuentes”) (284, 285).

Los servicios de salud mental generalmente dependen por completo de los presupuestos de salud y asistencia social para obtener recursos. La asignación de recursos tiende a seguir fórmulas históricas en lugar de basarse en la evaluación continua de las necesidades. Por lo general, los presupuestos se reorientan solo cuando se reforma la atención de salud.

Hay formas en que los países pueden aumentar la eficiencia y la equidad de los recursos existentes para los servicios de salud mental, incluso desinstitutionalizando la atención de salud mental y abordando cualquier uso indebido de los recursos. No obstante, ningún país podrá satisfacer las necesidades de salud mental de su población sin movilizar fondos y recursos humanos adicionales y asignar mayores montos para la salud mental.

Ningún país podrá satisfacer las necesidades de salud mental de su población sin movilizar fondos y recursos humanos adicionales para la salud mental.

La mayor parte del financiamiento para la salud mental debe provenir de fuentes nacionales, para garantizar la sostenibilidad (219). Los financiadores externos pueden también jugar un papel, por ejemplo, a través de la asistencia directa, la inversión extranjera directa, la responsabilidad social corporativa o la filantropía (286).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 5.7

Perú: financiamiento innovador para la mejora sostenible

Desde el 2013, un proceso de reforma de salud mental en Perú ha estado cerrando la brecha de atención para las personas necesitadas. La reforma se centra en cambiar la atención de los problemas de salud mental de los hospitales psiquiátricos especializados a la atención basada en la comunidad. En el análisis se sugiere que la reforma ha apoyado una expansión gradual pero significativa de los servicios de salud mental: en el 2009, el 9% de las personas que necesitaban atención estaban cubiertas; para el 2018, esta cifra había aumentado al 26%.

La reforma positiva de la salud mental en Perú no habría sido posible sin un modelo de financiamiento innovador para movilizar nuevos recursos y aprovechar los flujos de financiamiento existentes para la salud mental. En el 2014, el Ministerio de Economía y Finanzas aprobó un presupuesto decenal basado en resultados exclusivamente para apoyar los servicios de salud mental en la comunidad. Para

el 2020, el número de centros comunitarios de salud mental en el país se había multiplicado por nueve (véase el recuadro 7.13, “Perú: atención integral de salud mental en la comunidad”).

Los servicios de salud mental se incluyeron como parte del conjunto de beneficios ofrecidos por el plan nacional de seguro de salud de Perú, lo que marcó un paso crucial hacia el logro de la paridad en lo relacionado con la salud mental en el sistema de salud. Esto se complementó con una lista revisada de tarifas de reembolso para cubrir los costos de la prestación de servicios en centros comunitarios de salud mental y hospitales psiquiátricos especializados.

Combinadas, estas medidas ayudaron a reducir en un tercio los pagos directos de las personas por servicios de salud mental del 2013 al 2016.

Fuentes: Ministerio de Salud de Perú, 2019 (287); APEC, 2020 (288).



5.3.1 Aumentar los recursos de fuentes nacionales para la salud mental

El financiamiento nacional para los servicios de salud mental se puede movilizar abogando por fondos del tesoro público o reasignando recursos del presupuesto de salud. De cualquier manera, la experiencia muestra que cuando los países se comprometen a financiar los servicios de salud mental por sí mismos, es posible transformar la atención de salud mental (véase el recuadro 5.7, “Perú: financiamiento innovador para la mejora sostenible”).

La obtención de financiamiento adicional para la salud mental del fondo central de recursos a través de los ministerios de finanzas o planificación es atractiva en el sentido de que el financiamiento no proviene de otras áreas de la salud. Sin embargo, cualquier solicitud de fondos adicionales del tesoro también tiene que competir con las solicitudes de otros ministerios, así como de una amplia gama de otras organizaciones que necesitan asistencia gubernamental.

A medida que los países continúan orientando y financiando la transición hacia la cobertura universal de salud, es vital que la salud mental se incorpore en los planes sectoriales para sistemas de salud receptivos y resilientes. La introducción de nuevos planes de seguro social de salud u otras reformas de financiamiento de la salud necesarias para la cobertura universal de salud brindan oportunidades clave para que la salud mental esté "programada" desde el principio. Más allá del sector de la salud, la salud mental debe considerarse plenamente como una nueva prioridad de desarrollo, ya que está vinculada a la pobreza, las desigualdades sociales, la migración y otras cuestiones clave (véase la sección 4.3, “Contribución al desarrollo social y económico”). De esta manera, la salud mental puede incorporarse a las estrategias de desarrollo que fundamentan las decisiones de tesorería, como

los marcos presupuestarios a mediano plazo. Un enfoque alternativo es reasignar recursos del presupuesto de salud para aumentar la proporción que se destina a la salud mental. Aun así, se aplican las restricciones relacionadas con los límites presupuestarios y las prioridades en pugna. Más allá de la salud mental, los gobiernos tienen que decidir cuánto gastar en enfermedades transmisibles, no transmisibles y salud materno-infantil, entre otras necesidades de salud. Cada uno de estos ámbitos de la salud puede tener argumentos válidos y persuasivos para mantener sus presupuestos actuales o incluso aumentarlos. Los gobiernos también tienen que decidir qué parte del presupuesto de salud se debe gastar en servicios de atención primaria, hospitales, servicios especializados y prevención y promoción, todos los cuales incluyen la salud mental.

Como los países continúan haciendo frente a las consecuencias económicas de la COVID-19, los presupuestos gubernamentales de todo el mundo están bajo una gran presión. Es probable que la competencia por los recursos sea tan intensa como siempre, mientras que la necesidad de ampliar rápidamente el apoyo a la salud mental para los grupos poblacionales afectados es inmensa (véase el apartado “Primer plano: La COVID-19 y la salud mental” en el capítulo 2).

La opinión de los expertos está dividida acerca de qué parte del presupuesto de salud se debe asignar a la salud mental, con varias propuestas sobre los criterios que se deben usar para establecer las prioridades de salud (289). La viabilidad, la asequibilidad, la costo-eficacia, los derechos humanos y la equidad son consideraciones importantes. También es preciso comprender los contextos amplios de financiamiento de la atención de salud, vincular los presupuestos a los objetivos y metas de salud mental acordados a nivel nacional y utilizar el financiamiento como una herramienta para introducir innovaciones y facilitar la reforma de la salud mental (284).

Ya sea que los países decidan, o no, destinar un porcentaje definido y específico del presupuesto de salud a la salud mental, el camino hacia la cobertura universal de salud requiere recursos suficientes para que la atención asequible de calidad de la salud física y mental sea igualmente accesible. Esto requiere que todos los sectores, no solo el de la salud, asignen recursos a la salud mental. Por ejemplo, las personas con problemas de salud mental deben tener acceso a programas integrales de apoyo y empleo administrados por los ministerios de desarrollo social y trabajo.

5.3.2 Inversores externos en la salud mental

Incluso si los países aumentan el financiamiento nacional para los servicios de salud mental, los inversores externos siguen teniendo un papel importante, por ejemplo, en la provisión de fondos

catalizadores (véase el recuadro 5.8, “Fondo Health4Life dedicado a las ENT y la salud mental”). Los recursos externos son particularmente importantes en los países de ingresos bajos, en los que las presiones presupuestarias suelen ser mayores. En estos países, existe un ecosistema grande y complejo de inversores externos en los sectores público, privado y también en el tercer sector, que incluye los organismos de ayuda, los bancos de desarrollo, las grandes empresas, las pequeñas y medianas empresas, las organizaciones no gubernamentales, las corporaciones y las fundaciones privadas.

Los recursos externos también pueden ser importantes para los países de ingresos medianos, especialmente a medida que reducen la atención institucional y requieren temporalmente un "doble presupuesto" para establecer servicios comunitarios de salud mental.

INSTRUMENTO

RECUADRO 5.8

Fondo Health4Life dedicado a las ENT y la salud mental

El Fondo Health4Life es un fondo fiduciario multipartito de todo el sistema de las Naciones Unidas dedicado a las ENT y la salud mental que se estableció en el 2021 con el auspicio del Equipo de Tareas Interinstitucional de las Naciones Unidas sobre la Prevención y el Control de las ENT.

Ha sido diseñado para apoyar a los países de ingresos bajos y medianos con subvenciones catalizadoras, con el fin de estimular la acción multisectorial e intersectorial a nivel nacional, aumentar el financiamiento nacional y mejorar las políticas, la legislación y la regulación.

Health4Life tiene como objetivo facultar a los gobiernos y la sociedad civil para que aborden las prioridades nacionales y alcancen una escala para acciones innovadoras que fortalezcan el sistema de salud. Esto incluye la aplicación de intervenciones recomendadas para prevenir y manejar las ENT y los problemas de salud mental a lo largo de la vida, al tiempo que se mejora y amplía la respuesta multisectorial a los determinantes sociales y estructurales subyacentes.

Fuente: OMS, 2021 (290).

En muchos casos, el financiamiento externo puede catalizar con éxito un cambio positivo (véase el recuadro 5.9, “Pakistán: Utilización del financiamiento de los donantes para propiciar el cambio”). Si bien el nivel de inversión externa en la salud mental ha aumentado desde el 2000, su contribución sigue siendo limitada. La salud mental atrae muy poco financiamiento de

donantes (291). Las contribuciones filantrópicas son particularmente importantes para financiar mejoras en la salud mental en los países de ingresos bajos y medianos, pero siguen siendo marginales en comparación con la inversión externa en otras esferas de la salud (292).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 5.9

Pakistán: Utilización del financiamiento de los donantes para propiciar el cambio

Valiéndose de una serie de subvenciones externas desde el 2014, Interactive Research and Development en Pakistán ha establecido y ampliado el programa Pursukoon Zindagi (vida pacífica), para aumentar el acceso a los servicios de salud mental en comunidades de bajos recursos.

El programa combina la participación de la comunidad y las actividades de desarrollo de capacidades para aumentar la conciencia sobre los problemas de salud mental y los servicios de atención. Sus consejeros no especializados también administran un breve tratamiento psicológico basado en la comunidad o derivan al paciente. A partir del 2018, el programa comenzó a integrar sus servicios en algunas redes de atención primaria, así como en programas específicos para enfermedades como la TB, la infección por el VIH, o de salud pulmonar y diabetes.

En diciembre del 2019, a través del programa se informó que se habían examinado a más de 100 000 personas para detectar ansiedad y depresión, y se había brindado asesoramiento gratuito sobre salud mental a más de 9 000 personas. En la actualidad, funciona en 19 centros de atención primaria,

con más de 140 consejeros no especializados capacitados y desplegados en las comunidades. Planea extender el modelo a otros tres prestadores de atención primaria con una red combinada de 75 clínicas en Karachi.

Cuando comenzó el programa, los consejeros no especializados eran financiados por subvenciones, pero después del éxito del programa los centros de atención primaria cubrieron los costos de personal y aseguraron, así, la sostenibilidad.

Durante la pandemia de COVID-19, el programa también ha capacitado a consejeros no especializados para prestar servicios de salud mental a través de llamadas proactivas a personas a las que se les realizaban pruebas de detección de COVID-19; ha organizado grupos de apoyo para el personal de primera línea, y también una línea de atención telefónica para las crisis para cualquier persona que tuviera ansiedad o depresión. El programa capacitó al menos a 25 miembros del personal de salud para que prestaran atención integrada de salud física y mental a distancia y brindó apoyo a más de 20 000 personas.

Fuentes: MHIN, 2021 (293); Innovations in Healthcare, 2021 (294).

5.4 Competencias y recursos humanos

Junto con la evidencia, los conocimientos y el financiamiento, las amplias competencias en materia de salud mental son un componente vital de un sistema de salud mental que funcione bien. En los sistemas de atención con distintos niveles, los distintos prestadores tienen papeles diferentes pero complementarios y utilizan los recursos de manera eficiente y hacen que la atención esté más ampliamente disponible. Esto significa que los prestadores de atención en cada nivel, desde prestadores individuales y comunitarios hasta personal de atención general y especializada de la salud deben alcanzar y mantener las competencias en cuanto a la salud mental (véase la [figura 5.4](#)).

Es posible que el personal de salud mental que trabaja en hospitales psiquiátricos tenga que aprender a trabajar en entornos comunitarios. Al mismo tiempo, el personal de atención primaria tendrá que desarrollar nuevas habilidades para detectar problemas de salud mental y atenderlos. Una amplia gama de prestadores que no son especialistas en salud mental, incluidos trabajadores comunitarios, personal voluntario no especializado, docentes, oficiales de policía y personal penitenciario, también necesitan adquirir competencias específicas para realizar intervenciones básicas de salud mental (295). Los prestadores en todos los entornos, incluidos los especialistas en salud mental y los no especializados, deben adquirir competencias para apoyar eficazmente la inclusión social de las personas con problemas de salud mental y garantizar atención y apoyo basados en los derechos, centrados en la persona y orientados a la recuperación.

Fuera de la fuerza laboral de salud mental, todas las personas en la comunidad juegan un papel en la reducción de la brecha terapéutica mediante el desarrollo de habilidades y competencias individuales para comprender y cuidar su

salud mental, incluido el manejo de sus propios problemas de salud mental cuando sea posible.

En los sistemas de atención integral, la evidencia muestra que el reparto de tareas puede mejorar los resultados sociales y de salud para las personas con problemas de salud mental, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos (296). El reparto de tareas también es costo-eficaz. Un estudio de modelización realizado en KwaZulu-Natal (Sudáfrica) concluyó que el reparto de tareas con no especialistas competentes podría reducir sustancialmente el número de prestadores de atención de salud necesarios para cerrar las brechas de atención de salud mental en el nivel primario, a un costo adicional mínimo (297).

El reparto de tareas puede mejorar los resultados sociales y de salud para las personas con problemas de salud mental, especialmente en los países de ingresos bajos y medianos.

Los investigadores sugieren que el reparto de tareas funciona mejor cuando los profesionales:

- pertenecen a la misma comunidad que las personas atendidas y adaptan el tratamiento para incorporar aspectos y creencias culturales locales (competencia cultural);
- están supervisados y han completado la formación básica en las competencias pertinentes para llevar a cabo la intervención, ya sea a tiempo completo o parcial;
- combinan los componentes psicológicos y sociales de la atención; y
- tienen instructores y supervisores que siguen un protocolo de supervisión estructurado para garantizar la calidad, así como proporcionar tutoría, orientación y apoyo (15).

FIG. 5.4

El modelo escalonado de atención permite asignar tareas diferentes, aunque complementarias, a trabajadores en distintos niveles del sistema de salud



Fuente: Ryan et al, 2019 (134).

5.4.1 Ampliación de la fuerza de trabajo especializada

Una fuerza laboral especializada competente es la columna vertebral de cualquier sistema de salud mental. Como se describe en el capítulo 3, “La salud mental en el mundo actual”, cuanto más bajos son los ingresos de los países, menos especialistas en salud mental hay. En los países de ingresos bajos y medianos, los sistemas de salud mental, en particular los servicios para la infancia y adolescencia, no cuentan con personal suficiente. La escasez se debe en parte a que en estos países hay muy pocos especialistas en salud en general. Otros factores que contribuyen son la estigmatización asociada con el trabajo en el ámbito de la salud mental y la falta de oportunidades de capacitación (298). El aislamiento profesional, la remuneración baja y la insatisfacción laboral, por ejemplo, ayudan a impulsar altos niveles de emigración de los profesionales de la psiquiatría de los países de ingresos bajos y medianos (299).

La fuerza laboral especializada que existe a menudo está distribuida de manera desigual, con la mayoría del personal concentrado en las ciudades y las grandes instituciones, y muy poco en las zonas rurales. Esta escasez de personal capacitado y este desequilibrio en su distribución son una barrera importante para la atención y pone a los servicios fuera del alcance de muchas personas, especialmente cuando una gran proporción de especialistas trabajan en la práctica privada, que en muchos países no está cubierta por el seguro de salud.

Los profesionales de la salud especializados desempeñan múltiples funciones y, por lo tanto, requieren diversas competencias.

La mayoría de los especialistas son médicos de formación, motivados a brindar atención a quienes tienen problemas de salud mental, pero si quieren ayudar a transformar los sistemas de salud mental, también deben desplegar diversas competencias.

Deben trabajar como expertos dentro de equipos multidisciplinarios, como maestros para reforzar las habilidades de los estudiantes y otro personal, como supervisores y mentores de los prestadores de atención médica general y comunitarios que comparten tareas en materia de salud mental, como investigadores que contribuyen al caudal de evidencia sobre salud mental, como especialistas en salud pública para el mejoramiento de la infraestructura de servicios, y como promotores para aumentar la conciencia sobre cuestiones clave (300).

También deben poder trabajar con diversos grupos poblacionales para garantizar que la atención sea equitativa para las minorías raciales y étnicas, las personas LGBTIQ+, las personas migrantes y refugiadas, y las personas en situación de pobreza y sin hogar. El riesgo de no reconocer los problemas de salud mental o diagnosticarlos erróneamente es mayor en estos grupos.

Muchos países no tienen programas de capacitación en psiquiatría, psicología clínica o enfermería de salud mental. Aún menos tienen programas de capacitación en psiquiatría infantil o salud mental infantil. En algunos casos, la cooperación con universidades de países de ingresos altos puede ofrecer una posible solución a estos desafíos (véase el recuadro 5.10, “Proyecto de Psiquiatría Toronto Addis Abeba”).

En todos los casos, se necesita tiempo y recursos sustanciales para capacitar y desplegar especialistas en salud mental. Dado que se los precisa urgentemente para desarrollar y apoyar redes nacionales de atención basada en la comunidad, puede ser necesaria una capacitación innovadora y flexible. Algunos países han encontrado vías alternativas mediante la introducción de nuevos profesionales de salud mental que pueden sustituir a personal de psiquiatría, psicología clínica o enfermería psiquiátrica, especialmente en las zonas rurales, donde las diferencias en materia de conocimientos especializados suelen ser más importantes (véase el recuadro 5.11, “Innovaciones en recursos humanos para desarrollar conocimientos especializados”). Estas

innovaciones en recursos humanos han demostrado ser fundamentales para el desarrollo a nivel nacional de un sistema de salud mental que funcione y tal vez sirvan como ejemplo para otros países.

La expansión de la fuerza laboral especializada también depende de que más personas quieran convertirse en un profesional de la salud mental, de que sea posible retenerlas una vez que están calificadas y garantizar que se distribuyan equitativamente por todo el país. A fin de aumentar la contratación y la retención serán necesarias, entre otras cosas, medidas para:

- **abordar la estigmatización** y promover actitudes positivas hacia la salud mental como profesión, por ejemplo, publicitándola como un ámbito desafiante y gratificante del sector de la salud;

- **apoyar la educación continua** proporcionando oportunidades para el desarrollo de habilidades y el intercambio de conocimientos, y
- **favorecer la evolución profesional**, por ejemplo, mediante la elaboración de una estrategia de promoción para el personal, oportunidades de crecimiento personal y desarrollo profesional y motivación.

La mejor remuneración, los requisitos flexibles para los puestos de trabajo y los mejores lazos sociales entre el personal también pueden ayudar a retener al personal de salud mental. En todos los casos, los salarios y las condiciones de trabajo del personal de salud mental deben ser comparables a los de otros miembros del personal de salud.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 5.10

Proyecto de Psiquiatría Toronto-Addis Abeba (TAAPP)

Este proyecto es una colaboración educativa entre la Universidad de Addis Abeba y la Universidad de Toronto, destinada a ayudar al recién establecido programa de residencia en psiquiatría de Etiopía. Fue diseñado para complementar el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Addis Abeba con experiencia externa, y ayudarle a enseñar, proporcionar supervisión clínica y desarrollar la capacidad educativa.

Establecido en el 2003, el TAAPP involucra a varios docentes y personal de la Universidad de Toronto que viajan a Addis Abeba para dictar un plan de estudios determinado conjuntamente. Al mismo tiempo, docentes seleccionados de la Universidad de Addis Abeba están invitados a completar becas clínicas de un año en un hospital de Toronto.

Un total de 100 profesionales de la psiquiatría etíopes han recibido capacitación con la ayuda del TAAPP, con lo que el número de psiquiatras en Etiopía asciende a 113. El programa TAAPP ha reconocido que el personal de la facultad de medicina necesita no solo competencias clínicas sino también capacidades educativas. Por lo tanto, el programa se ha centrado en desarrollar habilidades de enseñanza y capacitación en los profesionales de la salud mental de Etiopía.

Desde que comenzó el TAAPP, se han abierto ocho nuevos departamentos de psiquiatría fuera de Addis Abeba y se han establecido cuatro nuevos programas de residencia en psiquiatría en el país. Los servicios de salud mental también se están integrando en todos los niveles del sistema nacional de atención.

Fuentes: Wondimagegn et al, 2021 (301); Universidad de Toronto, 2021 (302).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 5.11

Innovaciones en recursos humanos para desarrollar conocimientos especializados

Bhután. En el 2015, Bután creó un curso de licenciatura en asesoramiento clínico de cuatro años. Como resultado de esta iniciativa, más de la mitad de los 30 hospitales distritales y generales cuentan ahora con consejeros clínicos entre el personal. Su principal responsabilidad es determinar cuáles son los problemas frecuentes, como la depresión, el trastorno por consumo de alcohol y sustancias psicoactivas y el comportamiento autolesivo, y manejarlos a través de la psicoeducación y el asesoramiento psicológico. Los consejeros clínicos trabajan en estrecha colaboración con los médicos y el personal de enfermería del distrito para brindar apoyo a cualquier persona que esté tomando medicamentos psicotrópicos y derivar o hacer un seguimiento según sea necesario.

Liberia. A partir del 2010, en asociación con el Programa de Salud Mental del Centro Carter, Liberia ha capacitado a 306 miembros del personal de atención primaria de salud (personal de enfermería registrado, personal de partería y auxiliares médicos) sobre la salud mental a través de un programa de capacitación de seis meses. El grupo del personal incluía 166 especialistas en atención general de salud mental y 140 especialistas en atención de salud mental infantil y adolescente. El enfoque del programa era de aplicación práctica. Los graduados

reciben el título de clínicos en salud mental y están autorizados por el Consejo de Enfermería y Partería de Liberia para ejercer de forma independiente. Si bien muchos no trabajan a tiempo completo en el ámbito de la salud mental, la mayoría trabaja en entornos de atención médica en todo el país y trata a personas con trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas.

Sri Lanka. En los últimos 20 años se han puesto en marcha en Sri Lanka diversos programas de capacitación para profesionales médicos, incluido un diploma de un año en psiquiatría para médicos y un diploma de un año en enfermería básica de salud mental. El gobierno también creó el puesto de oficial médico de salud mental, que actúa como coordinador de distrito para la salud mental. Cada oficial médico recibe tres meses de capacitación previa al servicio sobre la salud mental después de haber completado su primer título. En muchos distritos, los titulares de diplomas de psiquiatría y los oficiales médicos trabajan con la supervisión de psiquiatras de Colombo y, de hecho, dirigen y amplían la atención de salud mental en los distritos. Su papel ha sido fundamental para garantizar que la atención de salud mental esté disponible en todos los distritos del país (véase la [figura 5.2](#)).

Fuentes: Chencho Dorji, OMS, comunicación personal, 25 de enero del 2022; Gwaikolo et al, 2017 (303); Fernando et al, 2017 (304).

5.4.2 Fortalecimiento de las competencias de los prestadores de atención general de salud

Los prestadores de atención primaria tienen un papel importante en la incorporación de servicios integrales de salud mental y la ampliación de la atención de salud mental, especialmente cuando escasean los especialistas. En Chile, por ejemplo, el *Programa para la detección, diagnóstico y tratamiento integral de la depresión en atención primaria* amplió los servicios de salud mental a través del sistema de atención primaria (271). Creado en el 2001, el programa abarca actualmente más de 500 centros de

atención primaria en todo el país, cada uno de los cuales alberga un equipo clínico general compuesto por profesionales médicos de atención primaria, personal de enfermería y auxiliares de enfermería, con terapia individual y supervisión por un especialista para los casos más graves.

Ampliar la atención de salud mental a través de los prestadores de atención primaria significa equiparlos con las habilidades para detectar problemas de salud mental, brindar atención básica y derivar a las personas a la atención especializada cuando sea necesario (305). Para las personas, recibir atención de salud mental de prestadores de atención primaria competentes y compasivos puede ser muy gratificante (véase la *experiencia de Anders*).

TESTIMONIO

Los médicos de familia fueron mis salvadores

La experiencia de Anders

Sin la intervención directa de los médicos de familia o de cabecera en etapas críticas de mi vida, mis problemas de salud mental podrían haber sido más graves. Durante 15 años, he visto a profesionales de la salud mental. En cada consulta hablaba con una persona diferente, repetía mi historia clínica una y otra vez y obtenía, en el mejor de los casos, una revisión de los medicamentos, algo muy frustrante y carente de cualquier deseo manifiesto de darme una buena calidad de vida.

Mi experiencia con el servicio de médicos de familia no podría ser más diferente. Con el tiempo, encontré dos médicos de familia que realmente escucharon mis necesidades, me dieron el tiempo

que necesitaba para explicar mi estado y tomaron medidas extraordinarias para asegurarse de que mis necesidades fueran atendidas.

Su dedicación, amabilidad y compasión me han ayudado una y otra vez en los últimos años. A fines del 2019, cuando estaba gravemente enfermo de depresión y pensaba mucho en el suicidio, fue mi médico de familia, no mi psiquiatra, quien me dio el tipo de ayuda que necesitaba en ese momento y mi salud comenzó a mejorar. Él fue mi salvador.

Realmente no sé si estaría vivo hoy sin el hermoso apoyo de mis médicos clínicos.

Anders Timms, Reino Unido



En la práctica, el fortalecimiento de las capacidades de los médicos de atención primaria, los funcionarios clínicos, el personal de enfermería y otros miembros del personal de salud general significa capacitación seguida de supervisión, tutoría y apoyo continuos.

La capacitación de calidad de los prestadores de atención primaria sobre la salud mental debe ser parte de la educación previa al servicio. En comparación con la capacitación en el servicio, la capacitación previa es más sostenible porque su organización está integrada en los planes de estudio y suele ser menos costosa por alumno. La motivación del alumnado a menudo es relativamente grande porque la capacitación previa al servicio, a diferencia de la mayoría de las capacitaciones en el servicio, se evalúa a través de exámenes que se deben aprobar. Sin embargo, en muchos países, cualquier capacitación sobre la salud mental proporcionada durante la formación médica o profesional es breve y en su mayor parte teórica, mientras que las pasantías clínicas con demasiada frecuencia se limitan a rotaciones en hospitales psiquiátricos que no reflejan la práctica clínica en la atención médica general (306).

La capacitación de calidad de los prestadores de atención primaria sobre la salud mental debe ser parte de la educación previa al servicio.

A pesar del valor estratégico de invertir en capacitación previa al servicio sobre la salud mental, existe una necesidad urgente de capacitar a la fuerza laboral de salud general existente, ya sea cara a cara, en línea o mediante una combinación de ambas. Dicha capacitación debe utilizarse para familiarizar al alumnado con la evaluación clínica y el manejo de los problemas prioritarios de salud mental. La capacitación también debería reducir la estigmatización y discriminación en la atención de salud. Esto se puede hacer asignando a las personas con problemas de salud mental funciones de facilitación en la capacitación (210). En todos los casos, la capacitación debe incluir la práctica supervisada en entornos de atención primaria. Es importante fomentar la confianza de los

prestadores de atención primaria en los enfoques psicosociales, que son una parte necesaria de la atención holística de la salud mental, pero que a menudo no son prominentes en la atención primaria de salud. Muchos prestadores de atención de salud general se sienten más familiarizados y cómodos con un enfoque puramente biomédico en el que al diagnóstico le sigue un medicamento u otra intervención biomédica (por ejemplo, cirugía o diálisis). Sin embargo, la medicación psicotrópica no es la primera línea de tratamiento para muchos problemas de salud mental. Además, incluso cuando están indicados los medicamentos psicotrópicos, los prestadores de atención primaria deben saber cómo proporcionar u organizar el apoyo psicosocial junto con los medicamentos.

Aunque la mayoría de los prestadores de atención primaria de salud pueden tener un tiempo demasiado limitado para administrar personalmente tratamientos psicológicos de varias sesiones para la depresión o la ansiedad, deben apreciar el valor relativo de dicha atención y vincularse con los prestadores pertinentes cuando estén disponibles, ya sean especialistas o prestadores comunitarios capacitados en asesoramiento psicológico. Además, todos los prestadores de atención primaria de salud pueden dedicar tiempo a alentar y guiar a las personas a utilizar libros de autoayuda basados en la evidencia o intervenciones digitales de autoayuda como parte del manejo de la depresión y la ansiedad (véase el apartado “Autoayuda” y el apartado “Primer plano: Aprovechar las tecnologías digitales para la salud mental en la sección 7.1.4, “Ampliación de la atención para las personas con problemas frecuentes”).

Para ayudar a los países a implantar la formación, la supervisión y el apoyo al personal de atención primaria, el programa mhGAP de la OMS ha elaborado una serie de módulos de formación sobre reparto de tareas y herramientas de implementación (307). Los módulos están formulados para enseñar doce competencias básicas pertinentes para evaluar, tratar y monitorear a las personas con depresión, psicosis, epilepsia, trastornos mentales y del comportamiento en

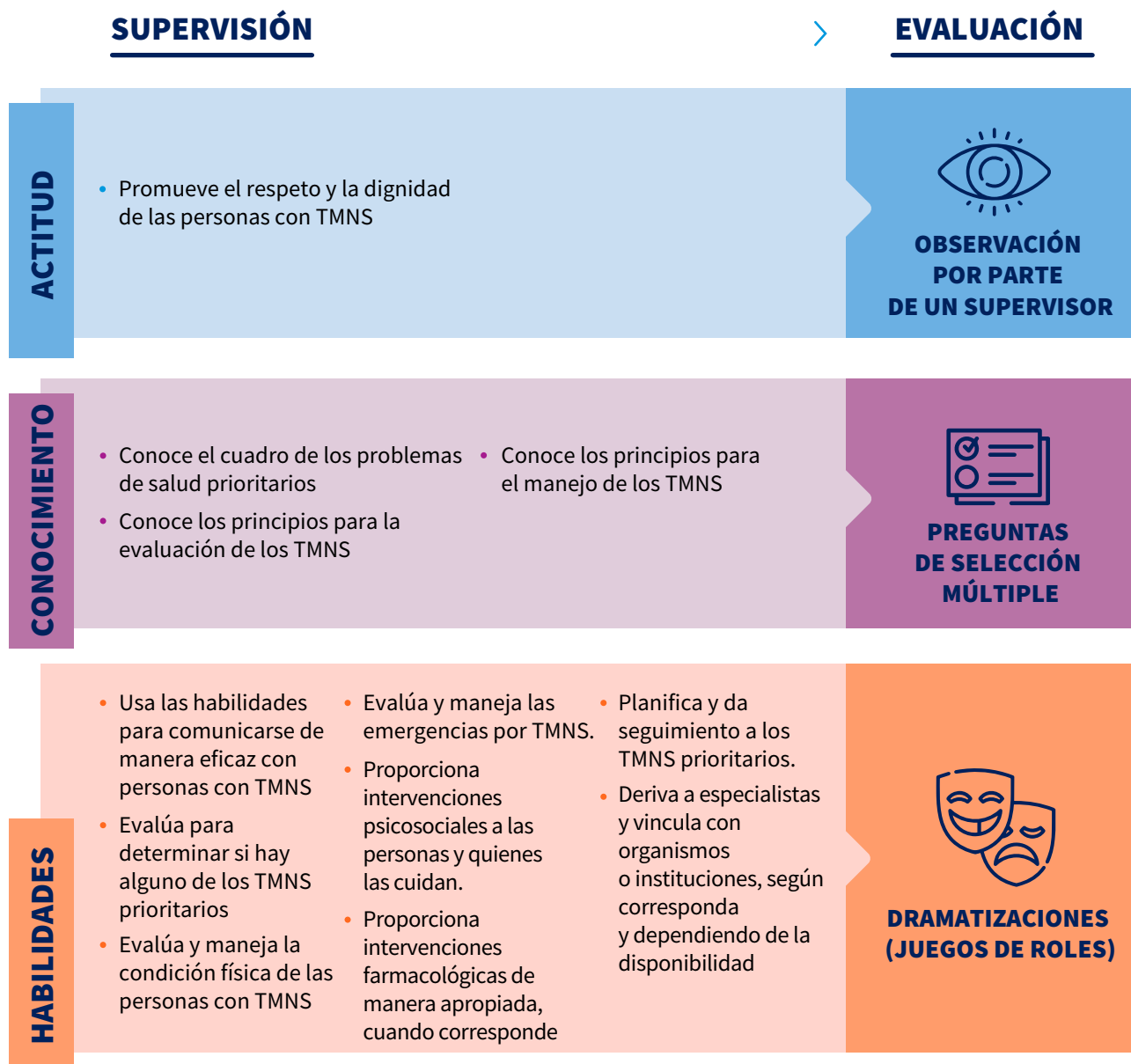
la población infantil y adolescente, demencia, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y pensamientos o comportamientos autolesivos o suicidas (véase la [figura. 5.5](#)). Toda la capacitación sobre el mhGAP está diseñada para el seguimiento con supervisión y apoyo continuos.

Desde su introducción en el 2010, la capacitación sobre el mhGAP y la supervisión se han llevado a cabo en más de 100 países, lo que ha ayudado a mejorar las competencias y el acceso a la atención de salud mental en todo el mundo (308). Esto es

importante ya que una revisión mundial de la capacitación breve sobre la salud mental basada en las directrices de la OMS indicó que dicha capacitación mejora los conocimientos, las actitudes, las habilidades y la confianza de una amplia gama de prestadores de atención primaria, incluidos trabajadores de salud comunitarios, profesionales médicos capacitados, personal de enfermería, consejeros, paramédicos y otro personal no médico (309). Estos cambios conducen a una mejor práctica clínica con mejores resultados.

FIG. 5.5

Capacitación sobre el mhGAP para prestadores de atención de salud: competencias básicas



Fuente: OMS, 2017 (307). Nota: TMNS = trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias psicoactivas

5.4.3 Dotar a los prestadores comunitarios de competencias en atención de salud mental

La atención integral de la salud mental va más allá de los profesionales de la salud e incluye a otros prestadores de atención en la comunidad. Estos últimos pueden incluir a personas con experiencia propia, personal voluntario no especializado, trabajadores comunitarios, coordinadores de grupos de usuarios, consejeros religiosos, docentes, peluqueros, abogados, oficiales de policía, guardias de prisiones, y familiares y amistades, entre otros.

Estos prestadores, que no son especialistas en salud mental, a menudo son aceptables para los usuarios porque tienden a tener un conocimiento más directo de las actitudes, costumbres e idiomas locales, lo que los sitúa en una buena posición para determinar y proporcionar atención de primera línea oportuna y culturalmente apropiada. También pueden ayudar a acceder al apoyo en las esferas social, educativa y de la justicia, y pueden proporcionar una fuente de ayuda práctica y emocional con las actividades de la vida diaria en la comunidad. Los prestadores comunitarios también tienen un papel en la prestación de servicios preventivos y de promoción, y en la prestación de apoyo en caso de crisis a las personas y familias en dificultades.

Las personas con experiencia propia pueden ser importantes prestadores de apoyo de primera línea.

Dada la diversidad de posibles tareas que podrían tener que realizar los prestadores comunitarios, la capacitación para este grupo puede variar considerablemente (310). El personal de urgencias sobre el terreno debe recibir orientación en materia de principios básicos de primera ayuda psicológica (311). Los cuidadores deben estar dotados de habilidades para apoyar a niños

y niñas con problemas de salud mental o de comportamiento. Los trabajadores de salud comunitarios deben estar capacitados, como mínimo, para detectar a las personas con problemas de salud mental y derivarlas, cuando sea necesario, al nivel de atención pertinente (véase el apartado “Asesoramiento no especializado” en la sección 7.1.4, “Ampliación de la atención para las personas con problemas frecuentes”). Todos los prestadores de servicios de salud mental, incluidos los prestadores comunitarios, deben tener conocimientos sobre derechos humanos (184).

Muchos prestadores comunitarios, incluido el personal de urgencias y los cuidadores familiares, pueden tener que hacer frente a un estrés considerable. La capacitación para estos grupos también se debe centrar en el fortalecimiento de las competencias en autocuidado (véase la sección 5.4.4, “Competencias para el autocuidado”).

Las personas con experiencia propia también deberán estar preparadas para apoyar a otros (312). Los pares expertos son la prueba viviente de que la recuperación es posible, y tienen un papel vital en el apoyo a otras personas con problemas de salud mental en su camino hacia la recuperación (véase la experiencia de Benjamin). Los pares expertos en salud mental también desempeñan un papel en los grupos de apoyo para otros problemas de salud, como la infección por el VIH, las enfermedades tropicales desatendidas o el zika. En estos casos, reconocer y desarrollar habilidades para abordar los elementos emocionales de las necesidades de los miembros del grupo es una buena manera de integrar el apoyo de salud mental.

La pericia de los pares, fundamentada en su experiencia de los problemas de salud mental, puede considerarse como un tercer dominio de la competencia en la atención de salud mental, además de la evidencia científica y el conocimiento y las habilidades prácticas (313).

TESTIMONIO

Todos podemos contribuir significativamente al mundo



La experiencia de Benjamin

Me deprimí cuando era niño, a los 14 años, y vivía en el norte rural de Liberia. La primera línea de tratamiento fue la medicina tradicional y me llevaron a un curandero tradicional en Guinea que redujo mi ansiedad mediante la medicina tradicional. Esto me ayudó a estabilizarme para continuar mi educación secundaria y graduarme de la escuela secundaria.

Unos años más tarde, recaí. Una vez más me trataron sanadores de curación por la fe, pero esta vez no ayudó. Durante muchos años, tanto mis padres como yo luchamos con mi salud mental. Finalmente, mi hermano mayor me llevó a un centro de tratamiento de salud mental.

Empecé a tomar medicamentos y me han ayudado mucho. Me permitió completar mis estudios

universitarios y ahora trabajo como maestro de escuela. Tengo esposa, hemos sido bendecidos con tres hijos y me siento muy feliz y muy bien.

Soy el Secretario Nacional de Cultivation for User's Hope, que es la única organización establecida y dirigida por usuarios de servicios de salud en Liberia. Trabajamos por el interés de las personas con problemas de salud mental a través de la promoción, el desarrollo de capacidades, el empoderamiento y la reducción de la estigmatización.

Si las personas con discapacidad psicosocial reciben la atención y los servicios que necesitan y son tratadas con respeto, también pueden contribuir significativamente al mundo y a las sociedades en general.

Benjamin Ballah, Liberia

Convertirse en un experto entre pares comprende un proceso de tres pasos (313). Comienza con la experiencia propia de haber tenido un problema de salud mental y haberse recuperado. La reflexión sobre esta experiencia, incluido el análisis y el conocimiento de las experiencias de los demás, convierte la experiencia vivida en saber entre pares, o conocimiento por experiencia. El tercer paso es la capacitación en habilidades y actitudes para convertirse en un experto designado. A partir de entonces, como para todos los prestadores de atención, se requiere un proceso de aprendizaje continuo a través de la práctica para profundizar las competencias de los pares expertos.

Todos los prestadores de atención, incluidos los comunitarios, pueden desempeñar un papel clave en la ampliación de la atención para la depresión y la ansiedad a través de intervenciones psicológicas, pero se deben garantizar sus competencias (véase el recuadro 5.12, “EQUIP: recursos para la evaluación y desarrollo de competencias para intervenciones psicológicas”). La experiencia demuestra que la integración de los prestadores comunitarios en equipos con profesionales de la salud mental que utilizan un enfoque de tareas compartidas también puede ayudar a apoyar a las personas con trastornos graves como la esquizofrenia (véase la sección 7.3.3, “Rehabilitación psicosocial”).

INSTRUMENTO

RECUADRO 5.12

EQUIP: recursos para la evaluación y desarrollo de competencias para intervenciones psicológicas

La investigación ha demostrado repetidamente que las personas que no son especialistas en salud mental pueden realizar intervenciones psicológicas breves, basadas en psicoterapias establecidas, como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, siempre que estén capacitadas y sean supervisadas.

Sin embargo, ¿cómo pueden los gobiernos o cualquier otra parte interesada saber si estos prestadores brindan atención competente, dado que no están autorizados por organizaciones profesionales? La plataforma de la OMS para EQUIP es una iniciativa para evaluar y desarrollar competencias para una variedad de intervenciones psicológicas.

EQUIP ofrece materiales de capacitación basados en competencias y herramientas de orientación y evaluación de competencias. EQUIP ofrece un mecanismo para garantizar y mejorar la calidad. Se han probado sobre el terreno en Etiopía, Jordania, Kenya, Líbano, Nepal, Perú, Uganda y Zambia y están disponibles a través de una plataforma en línea (<https://equipcompetency.org/es>). La plataforma de la OMS para EQUIP se ha utilizado para la capacitación basada en competencias en intervenciones psicológicas para no especialistas, en la capacitación mhGAP para el personal de atención primaria y en la capacitación en habilidades básicas dirigida al personal docente, personal de enfermería y trabajadores de salud comunitarios.

Fuentes: Singla et al, 2017 (314); Kohrt et al, 2020 (315); Kohrt et al, 2015 (316).

5.4.4 Competencias para el autocuidado

Impulsar las competencias para permitir una transformación en la atención de la salud mental no es simplemente ampliar la fuerza laboral para la prestación de servicios; se trata también de fortalecer las habilidades de las personas para el autocuidado.

En la combinación óptima de servicios de salud mental de la OMS, el autocuidado proporciona una base para la atención de salud mental que, cuando se combina con la atención de salud mental basada en la comunidad, satisfará las necesidades de salud mental de una población (317).

El autocuidado es importante para las personas. Una encuesta reciente en 113 países indicó que en las personas que informaron ansiedad o depresión los métodos más respaldados para sentirse mejor fueron mejorar los comportamientos saludables, pasar tiempo en la naturaleza o al aire libre y hablar con amistades o familiares (150).

Para el autocuidado, todas las personas deben, en la medida de lo posible, saber cómo (318):

- limitar la exposición a situaciones de "alto riesgo" que pueden afectar negativamente la salud mental;
- abordar el estrés;
- discutir y gestionar los problemas de salud mental a medida que surgen; y
- buscar ayuda cuando sea necesario.

Para las personas con problemas de salud mental, el autocuidado también requiere habilidades y confianza para abordar los problemas de salud mental propios por fuera de los servicios formales (véase la [experiencia de Tamira](#)). Esto se puede lograr por sí mismo

o con la ayuda de familiares y amistades (véase el apartado "Atención orientada a la recuperación" en la sección 7.1.1, "Poner a las personas en primer lugar"). El desarrollo de habilidades de autocuidado puede comenzar temprano. Por ejemplo, desde la primera infancia aprendemos de nuestros progenitores cómo lidiar con las emociones difíciles. En las escuelas, la capacitación en competencias para la vida puede dotar de competencias emocionales y sociales como la regulación emocional, la resolución de problemas, las habilidades interpersonales y el abordaje del estrés (véase el apartado "Programas en las escuelas" en la sección 6.3.2, "Protección y promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente").

Para las personas adultas, por lo general el apoyo para las competencias de autocuidado proviene de materiales de autoayuda e intervenciones fundamentadas en principios de tratamiento psicológico basados en la evidencia (véase el apartado "Autoayuda" en la sección 7.1.4, "Ampliación de la atención para las personas con problemas frecuentes"). Los materiales se pueden proporcionar en múltiples formatos, incluidas las intervenciones de autoayuda individuales y grupales, facilitadas o no. También se pueden entregar a través de múltiples medios, incluidos libros de autoayuda, materiales audiovisuales e intervenciones en línea o basadas en aplicaciones (véase el [recuadro 5.13](#), "Living with the times" [conjunto de herramientas para personas mayores]). En todos los casos, los recursos diseñados para desarrollar habilidades de autocuidado deben estar disponibles en idiomas y niveles de alfabetización que permitan que los entiendan tantas personas como sea posible.

TESTIMONIO

Tengo un papel activo en mi recuperación

La experiencia de Tamira

Mi experiencia con nuestro sistema de atención de salud destacó la importancia de un enfoque holístico del bienestar que incorpore la salud física, mental y emocional, y lo difícil que es estar bien cuando falta salud en cualquiera de estas categorías.

Mi empeño por el bienestar holístico fue alimentado en parte por las palabras "aprehensión" y "detención" en mi formulario 1 (el formulario que un médico presenta para autorizar el ingreso involuntario a un centro psiquiátrico por hasta 72 horas). Este lenguaje me hizo sentir increíblemente inferior y me mostró lo poco que hace nuestro sistema de atención de salud mental para intentar disfrazar las atrocidades de lo que pasa por "atención". Me puso en una búsqueda de recuperación fuera del sistema formal.

Mi búsqueda de respuestas para apoyar mi salud mental incluyó la investigación de la medicina oriental, naturista y funcional. También intenté el ejercicio, la religión, la espiritualidad, la meditación y la atención

consciente y formas de psicología positiva. Descubrí que estar al aire libre y en la naturaleza era una gran herramienta de apoyo.

También miré en mi interior, reflexioné sobre mi vida, mis valores y mi propósito. Exploré comunidades en línea a través de blogs y redes sociales, que luego utilicé como una herramienta para encontrar mi voz y contar mis experiencias.

No estoy preparada para decir que me he "recuperado". Reconozco que algunas vías de mi búsqueda han sido más fructíferas que otras. No obstante, he aprendido que para mí y mi salud mental nada es más valioso que la creencia de que tengo poder dentro de mí para cambiarme a mí misma. El consentimiento todavía no se considera necesario en nuestro sistema de atención de salud mental, pero ahora tengo el poder de no dar consentimiento al sistema para hacerme sentir inferior.

Tamira Loewen, Canadá



ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 5.13

***Living with the times* (conjunto de herramientas para personas mayores)**

Living with the times es un conjunto de herramientas de apoyo psicosocial diseñado para abordar las necesidades de información y afrontamiento de las personas mayores durante la pandemia de COVID 19. Como grupo de alto riesgo de enfermedad grave y muerte por la COVID-19, las personas mayores han tenido que ser especialmente cautelosas para evitar contraerla. Muchos se han enfrentado a largos períodos de aislamiento e incertidumbre.

El conjunto de herramientas comprende una serie de afiches que abordan las preocupaciones comunes de las personas mayores durante la pandemia: cómo mantenerse saludable, cómo levantar el estado de ánimo, cómo mantenerse conectado, cómo buscar ayuda y cómo lidiar con el dolor y la pérdida.

Cada afiche combina ilustraciones y textos cortos para imprimir o usar en línea. Los mensajes clave requieren habilidades mínimas de lectura, son culturalmente diversos y tienen como objetivo involucrar a las personas mayores en conversaciones y actividades. Un manual adjunto muestra a los cuidadores cómo usar los afiches en conversaciones guiadas para facilitar la participación.

Los afiches se probaron con personas mayores de diferentes países y orígenes. Han sido ampliamente traducidos y adaptados en formatos accesibles para personas con necesidades especiales. Por ejemplo, se han utilizado en Grecia, Nigeria, República de Corea y Siria, donde han tenido un alto grado de aceptación por parte de los usuarios.

Fuente: IASC, 2021 (319).





El uso de materiales de autoayuda se puede integrar en la atención clínica (véase el apartado “Autoayuda” en la sección 7.1.4, “Ampliación de la atención para las personas con problemas frecuentes”). Por ejemplo, los facilitadores pueden guiar a las personas a usar materiales de autoayuda. Esto se llama autoayuda guiada, y se ha demostrado repetidamente que es tan eficaz como las intervenciones especializadas presenciales convencionales para la depresión y la ansiedad (320). Las herramientas de autoayuda guiada se pueden utilizar para apoyar a las personas en el proceso de establecer un plan propio de recuperación (321). También se pueden desplegar rápidamente a escala, lo que las hace particularmente prometedoras para la transformación de la salud mental.

Escuelas de recuperación

Las escuelas de recuperación son un medio para apoyar a las personas con problemas de salud mental por medio de la educación adulta en lugar del tratamiento. Sus planes de estudio pueden variar, desde el conocimiento de diferentes problemas de salud mental y opciones de tratamiento hasta la exploración de lo que significa la recuperación y cómo la familia y las amistades pueden ayudar a apoyarla (véase el apartado “Atención orientada a la recuperación” en la sección 7.1.1, “Poner a las personas en primer lugar”). A menudo incluyen cursos centrados en el fortalecimiento de las competencias para el

autocuidado y el desarrollo de competencias para la vida y confianza para reconstruir la vida por fuera de los servicios o aprovecharlos al máximo.

Se ha encontrado que la autoayuda guiada para la depresión y la ansiedad tiene efectos comparables a los tratamientos presenciales.

Una característica clave de las escuelas de recuperación es que las personas con experiencia propia coproducen todos los aspectos de la escuela, desde la elaboración de los programas hasta la impartición de cursos y la evaluación de la calidad. Los estudios demuestran que las escuelas de recuperación pueden desempeñar un papel importante en la disminución del uso de los servicios de salud mental, lo que sugiere que los estudiantes adquieren mayor competencia y capacidad para manejar su propia salud mental (322). Estas escuelas también pueden beneficiar al personal con resultados clave que incluyen experimentar y valorar la coproducción, cambiar las percepciones sobre los usuarios del servicio, y aumentar el entusiasmo y la motivación laboral (323). A nivel social, las escuelas de recuperación brindan oportunidades para involucrar a más personas en el aprendizaje junto con personas con problemas de salud mental y abordar la estigmatización a través del contacto social.



6

Promoción y prevención para el cambio en la salud mental

PROMOCIÓN
PREVENCIÓN
PRIORIDADES PARA LA ACCIÓN

Resumen del capítulo

En este capítulo se analizan las estrategias multisectoriales de promoción y prevención necesarias en todas las etapas de la vida para transformar la salud mental. Se exploran algunas de las opciones de intervención disponibles para reducir el riesgo y desarrollar resiliencia a nivel individual, social y estructural, se resume la lógica y la evidencia detrás de estas intervenciones, y se proporcionan ejemplos de buenas prácticas de todo el mundo. También se examinan tres prioridades para la acción: prevención del suicidio, protección y promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente, y protección y promoción de la salud mental en el trabajo.



Los mensajes clave de este capítulo son:

- La promoción y la prevención de la salud mental operan mediante la determinación de los factores subyacentes que influyen en ella y la intervención para reducir los riesgos o aumentar la resiliencia y el bienestar mental.
- Las estrategias eficaces requieren una acción multisectorial y pueden implicar cambios a nivel individual, social (familiar y comunitario) o estructural.
- El sector de la salud puede contribuir incorporando programas de promoción y prevención en los servicios de salud, y apoyando iniciativas en entornos ajenos a la atención de salud, entre otras medidas.
- La prevención del suicidio es una prioridad mundial, y se puede avanzar mucho utilizando las estrategias establecidas en la iniciativa VIVIR LA VIDA de la OMS, incluida la limitación del acceso a los medios de suicidio, velar por la información responsable de los medios de comunicación, el desarrollo de habilidades socioemocionales para la vida durante la adolescencia y la intervención temprana.
- La promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente se puede realizar mediante políticas y legislación, apoyo a los cuidadores, programas escolares y cambios en los entornos comunitarios y en línea.
- Los empleadores y los gobiernos tienen la responsabilidad de promover y proteger la salud mental de todas las personas en el trabajo y pueden hacerlo a través de la legislación y la regulación, las estrategias organizativas, la capacitación de gerentes y las intervenciones dirigidas a la fuerza laboral.



En el capítulo 5, “Bases para lograr el cambio”, se describen las bases del cambio hacia una mejor salud mental, y se destaca la importancia de contar con marcos propicios, apoyo público y político, conocimientos técnicos y recursos suficientes. En los capítulos 6 y 7 se analizará cómo sería esa transformación sobre el terreno, en términos de estrategias y servicios específicos que se pueden incorporar para mejorar la salud mental de la población. Esto incluye el fortalecimiento de las estrategias multisectoriales de promoción y prevención en todas las etapas de la vida (el punto central de este capítulo) y, al mismo tiempo, el refuerzo de la salud mental y la atención social en la comunidad (véase el capítulo 7, “Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto”).

La promoción y la prevención son importantes para aumentar el bienestar mental y la resiliencia, prevenir la aparición de problemas de salud mental y su impacto, y reducir la necesidad de atención de salud mental. Cada vez hay más pruebas de que con frecuencia esto también es costo eficaz (324).

En esencia, la promoción y la prevención de la salud mental operan mediante la identificación de los factores subyacentes que influyen en la salud

mental y la intervención en ellos (véase la sección 2.2, “Determinantes de la salud mental”). Esto incluye esfuerzos para abordar los factores estructurales “lejanos” que dan forma a las condiciones de la vida cotidiana, como la desigualdad, la pobreza y la calidad del medioambiente. Sin embargo, a menudo también se centran en factores individuales y familiares más “próximos”, como las habilidades individuales de afrontamiento o los comportamientos en la crianza, que tienen una influencia más directa en la salud mental.

Juntas, la promoción y la prevención comprenden una amplia gama de actividades que pueden dirigirse a personas o grupos específicos, o a toda la población (véase el cuadro 6.1). Recordando que la salud mental es más que la ausencia de una enfermedad o dolencia (véase el capítulo 2, “Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública”), la promoción de la salud mental consiste en mantener o mejorar el bienestar mental de las personas, mientras que la prevención, tal como se describe en este capítulo (es decir, la prevención primaria) consiste en frenar la aparición de problemas de salud mental.

CUADRO 6.1

Población destinataria y objetivos generales de la promoción y prevención primaria en el ámbito de la salud mental

TIPO	POBLACIÓN DESTINATARIA	OBJETIVO
Promoción de la salud mental	Variable	Mantener o mejorar el bienestar mental, o aumentar la resiliencia
Prevención primaria Universal	Universal	Toda la población
	Selectiva	Grupos poblacionales (por ejemplo, grupos demográficos específicos) con riesgo elevado de problemas de salud mental
	Indicada	Personas que tienen signos o síntomas de un problema de salud mental, pero que no cumplen con los criterios diagnósticos de trastorno mental

En la práctica, puede ser difícil distinguir entre la prevención y la promoción. Las estrategias que reconfiguran los determinantes de la salud mental para aumentar el bienestar mental también pueden funcionar para evitar los problemas de salud mental en las personas; por lo tanto, la promoción de la salud mental y la prevención universal a menudo se aplican como una misma cosa.

En este capítulo se examina lo que se necesita para que los países lleven a cabo eficazmente la promoción y la prevención primaria en la práctica. No existe una solución simple: una sola intervención rara vez es suficiente para generar cambios en todos los grupos etarios y grupos de riesgo. En cambio, como se destaca en el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030, los países

deben ejecutar una gran variedad de intervenciones universales, selectivas e indicadas.

En las secciones a continuación, se exploran algunas de las opciones de intervención disponibles, se resume la justificación y la evidencia que las respaldan y se proporcionan ejemplos de mejores prácticas de todo el mundo. Se destacan tres prioridades para la acción en las que la evidencia y la experiencia de los beneficios para la salud mental son particularmente convincentes: intervenciones para prevenir el suicidio, intervenciones para promover y proteger la salud mental de la población infantil y adolescente, e intervenciones para promover y proteger la salud mental en el lugar de trabajo.

FIG. 6.1

La promoción de la salud mental y la prevención universal se centran en los factores que apoyan la salud mental



Fuente: Friedli, 2009 (325).

6.1 Promoción de la salud mental y prevención universal

La promoción de la salud mental y las estrategias de prevención universal generalmente están diseñadas para cambiar el perfil de riesgo de la población entera y aumentar el bienestar general. Lo hacen reconfigurando los determinantes de la salud mental en las esferas de influencia individual, social y estructural para establecer entornos favorables para la salud mental (véase la [figura 6.1](#)).

Las estrategias e intervenciones universales son muy diversas. Muchas intervenciones se realizan en el nivel comunitario, por ejemplo, a cargo de líderes locales o prestadores de atención de

salud. Otras se realizan a niveles más altos, por ejemplo, a través de leyes laborales nacionales o estrategias de reducción de la pobreza.

En la práctica, las intervenciones universales a menudo combinan diferentes estrategias a nivel individual, social y estructural. Así, por ejemplo, las intervenciones pueden combinar la capacitación en competencias para la vida (capital individual) con eventos locales para personas mayores (capital social) y campañas masivas contra la estigmatización (cambios estructurales) (véase el [recuadro 6.1](#), “La campaña A-B-C para una buena salud mental”).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 6.1

La campaña de A-B-C para una buena salud mental

La campaña “Act-Belong-Commit” (A-B-C) [actuar, pertenecer, comprometerse] en Australia está diseñada para alentar a las personas a ser proactivas para mejorar su salud mental. Se basa en tres mensajes simples:

- haga algo para mantenerse física, social, espiritual y cognitivamente activo;
- haga algo con alguien para mantenerse conectado con amistades, familiares y la comunidad;
- haga algo significativo, importante y valioso que le dé un sentido de propósito.

Estos mensajes son apoyados por recursos en línea (que incluyen guías de autoayuda, hojas informativas, listas de actividades locales y planes de estudio escolares) y programas comunitarios destinados a fortalecer las conexiones entre los

miembros de la comunidad y ayudar a las personas a participar en diversas actividades que pueden proteger y promover su salud mental.

La campaña cuenta con más de 160 asociados y colaboradores comunitarios y organizativos en Australia Occidental y también se ha adaptado y adoptado en otras partes del país, así como en el extranjero: en Dinamarca, las Islas Feroe, Noruega y Estados Unidos de América.

Para el 2018, el 82% de los australianos occidentales conocían las campañas A-B-C; de ellos, el 16% había tomado medidas para mejorar su salud mental como resultado. El programa escolar de promoción de la salud mental de la campaña también ha capacitado a docentes en 51 escuelas locales, y ha llegado a 46 000 niños, niñas y adolescentes (de 6 a 18 años).

6.1.1 Creación de capital individual para la salud mental

Las estrategias para crear recursos individuales a menudo se centran en fortalecer las habilidades, los conocimientos, las capacidades y las actitudes emocionales y cognitivas. Esto se hace, por ejemplo, por medio de programas de crianza o aprendizaje que promueven:

- **Competencias** para vivir, aprender y trabajar eficazmente. Esto incluye competencias esenciales para la comunicación, el pensamiento crítico, la toma de decisiones, la resolución de problemas, la autoconciencia, la empatía y la preocupación por los demás. También incluye la capacidad de cuidar de uno mismo y elegir comportamientos y estilos de vida saludables.
- **Resiliencia** para manejar y adaptarse eficazmente a los estresores que se enfrentan en la vida. Es importante destacar que resiliencia no significa no tener dificultades o malestar, sino que significa tener capacidad para lidiar con el estrés y la adversidad y poderse "recuperar".
- **Empoderamiento** para tener confianza, capacidad de elección y control sobre la propia vida. Esto incluye tener un sentido de respeto, esperanza, identidad y propósito, así como de control, de capacidad de acción y de justicia. Para las personas con un problema de salud mental, el empoderamiento también incluye ser capaz de participar activamente en todos los aspectos de la atención de salud mental (véase el apartado "Primer plano: Involucrar y empoderar a las personas con experiencia propia" en el capítulo 4).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 6.2

Uso del deporte para promover competencias para la vida de la población joven en Hong Kong

En China, en la Región Administrativa Especial de Hong Kong, un programa de desarrollo de la juventud basado en el deporte promueve la preparación para la vida cotidiana y el empoderamiento durante la adolescencia.

El programa proporcionó sesiones semanales de tutoría deportiva después de la escuela a un grupo de adolescentes utilizando un enfoque positivo de desarrollo juvenil que aprovecha las fortalezas en la adolescencia en lugar de corregir comportamientos problemáticos.

Cada semana, los participantes en el programa aprendieron a establecer metas, desarrollar

habilidades y reflexionar sobre sus sentimientos sobre un deporte específico. No había maestros ni currículos prediseñados. En cambio, los mentores trabajaron como facilitadores, permitiendo a los estudiantes establecer sus propios objetivos y caminos de aprendizaje a través de la comunicación. Los mentores también proporcionaron herramientas y técnicas para la resolución de problemas en el contexto del deporte y oportunidades para ponerlos en práctica en un entorno que fomentó la construcción de resiliencia.

Una evaluación rigurosa concluyó que, además de mejorar la actividad física y el estado físico, el programa mejoró el bienestar mental, la autoeficacia y la resiliencia de los estudiantes.

Fuente: Ho et al, 2017 (328).

Las intervenciones de promoción de la salud mental para crear capital individual a menudo se dirigen a la población joven, por ejemplo, a través de programas de habilidades sociales y emocionales basados en la escuela o a través de programas de desarrollo juvenil. Los centros juveniles comunitarios, los clubes extraescolares y las iniciativas de tutoría comunitaria pueden trabajar para fortalecer la competencia, la resiliencia y el empoderamiento y promover la salud mental (véase el recuadro 6.2, “Uso del deporte para promover las competencias para la vida de la población joven en Hong Kong”).

Promoción de comportamientos saludables

El fortalecimiento de la competencia individual también incluye intervenciones dirigidas a ayudar a las personas a cambiar los comportamientos que socavan la salud física y mental. La escasa actividad física, el consumo de tabaco, el consumo peligroso de alcohol, el consumo de drogas, la falta de sueño y los hábitos de alimentación poco saludables se asocian con un mayor riesgo de problemas de salud física y mental (329, 100,330).

Los programas de desarrollo en la primera infancia y las escuelas son plataformas fundamentales no solo para la adquisición de habilidades sociales y emocionales (véase la sección 6.3.2, “Protección y promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente”), sino también para proporcionar conocimientos sobre comportamientos saludables, en los aspectos físico y mental, en la población infantil y adolescente.

Se debe considerar educar a la población joven sobre los daños del consumo de cannabis de alta potencia para reducir la incidencia de psicosis en las comunidades.

Aumentar los conocimientos básicos en materia de salud en relación con el alcohol, el tabaco, el ejercicio físico y la nutrición ya son

estrategias de salud pública aceptadas (331). Además, para reducir la incidencia de psicosis en las comunidades se debe considerar la realización de grandes campañas para educar a la población joven sobre los daños del consumo de cannabis de alta potencia (332).

6.1.2 Creación de recursos sociales para la salud mental

La creación de recursos sociales para la salud mental implica crear oportunidades para fomentar relaciones positivas y apoyo social en diferentes niveles: en las familias, entre pares y en la comunidad, a lo largo de la vida (véase el cuadro 6.2) (333). Esto incluye garantizar que las instituciones sociales, incluidos el preescolar, la escuela y el mercado laboral, reconocen su papel en el apoyo al bienestar mental y trabajan para fortalecer los recursos sociales.

En la lactancia y la infancia, las relaciones familiares son especialmente importantes: algunas de las fuentes más importantes de resiliencia para niños y niñas que viven en hogares de ingresos bajos incluyen aquellas creencias y comportamientos de los padres y madres que promueven la autoestima, el apoyo social (incluso de otras personas adultas) y un entorno de aprendizaje en el hogar de calidad (325). Durante la adolescencia y la edad adulta, el apoyo social y las buenas relaciones interpersonales, en el hogar, la escuela, el trabajo y la comunidad en general, siguen teniendo un gran impacto. En el caso de las personas mayores, la conexión social es particularmente importante para reducir los factores de riesgo como la soledad y el aislamiento social. En esta etapa de la vida, las actividades sociales fructíferas pueden mejorar considerablemente la salud mental positiva, la satisfacción con la vida y la calidad de vida; también pueden reducir los síntomas depresivos (334).

CUADRO 6.2

Ejemplos de estrategias y enfoques que se centran en el fortalecimiento de los recursos sociales para promover y proteger la salud mental

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN	EJEMPLOS
Apoyar la salud mental del cuidador	<ul style="list-style-type: none"> • Detectar, apoyar y derivar a padres, madres y otros cuidadores con problemas de salud mental; • grupos de apoyo entre pares para nuevos padres y madres.
Favorecer el buen ejercicio de la paternidad	<ul style="list-style-type: none"> • Formación práctica para cuidadores de niños, niñas y adolescentes; • grupos de apoyo entre pares para nuevos padres y madres; • visitas domiciliarias en la primera infancia.
Crear entornos de aprendizaje protectores	<ul style="list-style-type: none"> • Mejorar la cultura y la seguridad escolar; • educación preescolar y programas de enriquecimiento; • programas contra la intimidación o bullying; • programas contra el racismo y el sexismo; • grupos de apoyo entre pares y programas de mentorías en de las escuelas; • conocimientos básicos en materia de salud mental para el personal docente.
Crear entornos de trabajo protectores	<ul style="list-style-type: none"> • Políticas para mitigar los factores de riesgo psicosociales (por ejemplo, sobre las horas de trabajo y el acoso); • concientización y capacitación sobre la salud mental para permitir que el personal brinde apoyo inicial a colegas con problemas; • arreglos laborales razonables para personas con problemas de salud mental.
Favorecer las relaciones personales saludables	<ul style="list-style-type: none"> • Programas de relaciones saludables para jóvenes y parejas; • programas de empoderamiento y educación contra la discriminación y la violencia.
Fortalecer el apoyo social para las personas mayores	<ul style="list-style-type: none"> • Iniciativas para promover las amistades; • clubes comunitarios y actividades sociales para personas mayores.
Crear vecindarios seguros y solidarios	<ul style="list-style-type: none"> • Cambios físicos para mejorar la interacción social; • policía comunitaria.

En todas las edades y en todos los entornos, la protección contra la discriminación, la violencia y el abuso es primordial para proteger la salud mental. En la mayoría de los países existe una gran necesidad de mayor equidad de género

y empoderamiento de las mujeres. En todos los países, es de especial interés proteger a las mujeres, los niños, las niñas y las personas mayores de la violencia. La violencia de pareja y la violencia sexual contra las mujeres son factores de

riesgo potentes de depresión y ansiedad, trastornos alimentarios, intentos de suicidio y trastorno de estrés postraumático (véase la experiencia de Lion en la sección 2.2.2, “Los riesgos socavan la salud mental”) (45, 335). La población joven que crece en familias o comunidades en las que hay violencia tiene riesgo de una serie de trastornos comportamentales y emocionales que socavan la salud mental (véase la experiencia de Ntokozo).

Hay pruebas sustanciales sobre lo que funciona para prevenir la violencia contra las mujeres, los niños y las niñas, entre otras cosas: intervenciones para fortalecer las relaciones, el

ejercicio de la paternidad y las habilidades para la vida; empoderamiento de las mujeres; fortalecimiento de la seguridad en los vecindarios y las escuelas; y transformación de las normas y prácticas sociales patriarcales (336, 337).

En todos los casos, el contexto es importante: los programas que generan capital social, responsabilidad y acción para prevenir la discriminación y la violencia y otros comportamientos que ponen en riesgo la salud mental son particularmente exitosos si están orientados según los perfiles de riesgo y recursos locales (véase el recuadro 6.3, “Communities That Care”).

TESTIMONIO

Mi depresión proviene de experiencias en la infancia

La experiencia de Ntokozo

Mi padre falleció cuando yo era muy joven. Me quedé solo con mi madre, quien más tarde me abandonó en la casa de un vecino. No volví a saber de ella. Fui acogido por un tío, y soporté mucho abuso físico e intimidación.

Alrededor de los 12 años, comencé a tener síntomas de ansiedad y depresión. Recuerdo haberle preguntado a mi tío si tener pensamientos suicidas era normal. Aún recuerdo su respuesta: "Eres demasiado joven para tener pensamientos suicidas; no sabes todavía lo que son los problemas reales".

Unas semanas después de esta conversación intenté suicidarme. Afortunadamente, un familiar cercano

estaba allí y me llevó rápidamente a la clínica. Luego fui llevado a un curandero tradicional por mi abuelo, quien, debido a sus creencias culturales sobre la salud mental, creía que estaba poseído por un espíritu maligno. Nunca se habló de mi intento de suicidio. En cambio, se mantuvo en secreto y mi problema de salud mental permaneció sin diagnosticar ni tratar.

Mis luchas en relación con la salud mental continuaron a lo largo de mi vida adulta. Cuando mis síntomas se volvieron demasiado difíciles de ignorar, busqué ayuda profesional. Fue solo entonces, años después de mis primeros síntomas, que me diagnosticaron depresión mayor y trastorno de ansiedad, que se consideraron que se debían a mis experiencias infantiles.

Ntokozo Nyathi, Zimbabwe

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 6.3

Communities That Care

“Communities That Care” [comunidades que se preocupan] es un sistema de prevención comunitario que busca disminuir el riesgo, mejorar la protección y reducir el comportamiento de riesgo para la salud mental en la población joven. Con eficacia demostrada en más de 500 comunidades de países de ingresos altos durante 20 años, se ha observado que previene eficazmente la delincuencia, la violencia y el consumo de sustancias psicoactivas en la adolescencia.

A través del sistema Communities That Care, se capacita y apoya a las coaliciones comunitarias para que instituyan prácticas de prevención basadas en datos y en la ciencia para abordar los factores de riesgo y protección localmente prioritarios. Comienza con la creación de un grupo de partes interesadas de la comunidad y su capacitación en los principios de la ciencia de la prevención y la relación entre los riesgos y los trastornos del comportamiento de la población joven. Una encuesta sobre la juventud proporciona datos epidemiológicos locales sobre el riesgo, la protección y los comportamientos de la población joven, que se utilizan para elaborar un perfil de riesgo comunitario y determinar cuáles son las prioridades

para la acción. Sobre esta base, el grupo comunitario elabora un plan de acción, selecciona intervenciones de prevención de un compendio de opciones basadas en la evidencia (por ejemplo, programas centrados en las habilidades para la crianza, los programas de estudio escolares o las actividades después de la escuela).

Las intervenciones de Communities That Care pueden operar en múltiples niveles, en diferentes entornos, e incluir campañas en las redes sociales, apoyo a los progenitores e iniciativas de desarrollo de habilidades, cambios en los programas de estudio escolares, prácticas de gestión o enseñanza, y mentorías y programas extracurriculares.

Se ha comprobado que el éxito de Communities That Care en la prevención de comportamientos que ponen en riesgo la salud en la adolescencia perdura en el tiempo, y que los adolescentes que han estado en contacto con el sistema continúan absteniéndose de consumir drogas que pueden conducir a la farmacodependencia y no tienen comportamientos antisociales ni violentos hasta los 21 años de edad.

Fuentes: Hawkins et al, 2014 (338); Oesterle et al, 2018 (339).

6.1.3 Cambios estructurales para la salud mental

Realizar cambios estructurales para la salud mental implica reconfigurar las condiciones subyacentes de la vida diaria para mejorar las capacidades individuales, familiares y comunitarias para el bienestar. Se trata de fortalecer las reglas y regulaciones, cambiar las normas y

los valores e introducir mecanismos de apoyo adecuados para abordar las desventajas, defender los derechos humanos y garantizar un acceso justo y equitativo a la infraestructura, los servicios y las oportunidades para todas las personas.

Se puede aplicar una serie de políticas y medidas estratégicas a nivel macro que permitan o aceleren estos cambios estructurales; sus objetivos



declarados van mucho más allá de la promoción y protección de la salud mental, y cada una tiene un efecto importante en ella (340). Las acciones políticas y estratégicas son, entre otras:

- Medidas para reducir la inseguridad financiera, la pobreza y la desigualdad de ingresos. Ejemplos de estas medidas son la protección social, los sistemas de pensiones, el alivio de deudas, el empoderamiento económico y otros programas de alivio de la pobreza, así como el apoyo a los medios de subsistencia de las personas con discapacidades físicas y psicosociales. Hay cada vez más evidencia de que en los países de ingresos bajos y medianos los programas de transferencia de efectivo no solo alivian las dificultades financieras, sino que también benefician la salud mental y el bienestar de las personas beneficiarias (341).
- Medidas para facilitar el acceso al mercado laboral. A pesar de los riesgos psicosociales como el acoso en el lugar de trabajo (véase la [sección 6.3.3, “Promoción y protección de la salud mental en el trabajo”](#)), el empleo tiene una influencia positiva en la salud mental, mientras que el desempleo es un riesgo destacable (342). Las políticas y los programas activos en relación con el acceso al mercado laboral, como los cursos de formación profesional, la asistencia en la búsqueda de empleo, las subvenciones salariales o las prácticas y experiencias laborales subvencionadas, pueden apoyar a quienes buscan trabajo, en particular a los desempleados de larga duración, así como a las personas con discapacidades psicosociales o de otro tipo (343).
- Medidas para mejorar el acceso a la educación. La educación es de vital importancia para la salud física y mental, así como para el crecimiento económico y la reducción de la pobreza. Las iniciativas para cerrar la brecha de género en la educación, mitigar el abandono escolar prematuro, aumentar la tasa de escolarización e impulsar la alfabetización de personas adultas pueden servir para mejorar el acceso a la educación.

- Medidas para mejorar la seguridad de las viviendas. El hacinamiento, la vivienda insegura e inadecuada, así como la falta de vivienda, plantean riesgos para la salud mental. Estos riesgos pueden mitigarse mediante programas de vivienda subvencionada y mejora del acceso a viviendas seguras, asequibles y de buena calidad para los grupos desfavorecidos (véase también la [sección 7.3.4, “Servicios de asistencia para la vida cotidiana”](#)) (344).
- Medidas de protección contra la discriminación. Incluyen leyes y regulaciones que promueven la inclusión y previenen la discriminación a causa del origen étnico, la orientación sexual, la religión o la edad, y que abarcan los derechos de las mujeres, la población infantil, las personas mayores y las personas con discapacidad física y psicosocial (véase la [sección 4.2.1, “Lucha contra la estigmatización y discriminación”](#)).

Como detalla la comisión sobre salud mental mundial y desarrollo sostenible de The Lancet, los ODS proporcionan un posible marco para realizar cambios estructurales porque muchos de los objetivos abordan explícitamente los determinantes sociales y estructurales clave de la salud mental (véase la [sección 4.3, “Contribución al desarrollo social y económico”](#)) (15).

Si bien el sector de la salud tiene un papel claro en la prevención y la promoción (véase el apartado “[Primer plano: Facilitar la promoción y prevención multisectorial: ¿qué papel desempeña el sector de la salud?](#)”), la mayoría de las estrategias universales requieren acciones que exceden al sector de la salud. Esto es importante porque cualquier modelo de promoción de la salud y prevención universal que no aborde los determinantes estructurales de la salud mental tendrá un alcance limitado. Además, los grandes males sociales y estructurales, como el abuso, la explotación y la discriminación, que impregnan la sociedad deben ser corregidos no solo porque afectan a la salud, sino porque violan nuestros valores comunes en sí mismos.

6.2 Prevención selectiva e indicada

A diferencia de la prevención universal, que tiene como objetivo cambiar el perfil de riesgo de poblaciones enteras, las estrategias de prevención selectiva e indicada están diseñadas para reducir el riesgo en uno o varios grupos de personas que tienen un riesgo más alto que el promedio de problemas de salud mental.

Esto incluye a los grupos prioritarios en su conjunto, que tienen un mayor riesgo de problemas de salud mental debido a factores demográficos, el contexto local o las circunstancias en las que se encuentran (prevención selectiva). Sin embargo, también incluye a las personas que están en mayor riesgo porque ya tienen síntomas de lo que puede ser un trastorno mental emergente (prevención indicada).

Entre las personas en riesgo se encuentran (aunque no siempre) las personas que viven en la pobreza o con enfermedades crónicas, las personas con discapacidad, la población joven expuesta a la violencia o el abandono, los grupos minoritarios, los pueblos indígenas, las personas refugiadas, las personas mayores, las personas LGBTQ+, los excombatientes, los presos y las personas expuestas a emergencias humanitarias. Dentro de cada uno de estos grupos, y entre un grupo y otro, hay una gran diversidad de riesgos, problemas y recursos.

6.2.1 Apoyo a las personas en riesgo mediante la prevención selectiva

En el Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030 se deja en claro que las estrategias nacionales de salud mental deben incluir

intervenciones de promoción y prevención que respondan específicamente a las necesidades a lo largo de la vida de las personas en riesgo identificadas localmente. Los grupos prioritarios para la prevención selectiva pueden variar según el perfil de riesgo nacional o local.

La prevención selectiva a menudo es útil para grupos etarios específicos en el curso de la vida. Por ejemplo, niñas y niños pequeños y adolescentes pueden beneficiarse de las intervenciones a medida que atraviesan períodos sensibles en términos de desarrollo (véase la [sección 6.3.2](#), “Protección y promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente”).

Las intervenciones para ampliar el contacto y las actividades sociales son cruciales para proteger el bienestar mental de las personas mayores.

Las personas mayores también pueden recibir apoyo a través de la prevención selectiva. La investigación sugiere que las intervenciones para ampliar el contacto social y aumentar la participación en actividades sociales son cruciales para proteger el bienestar mental de las personas mayores (345).

Otro grupo prioritario para la prevención selectiva es el de las personas expuestas a emergencias humanitarias. En el próximo conjunto de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial (véase el [recuadro 6.4](#), “Conjunto de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial”) se describen algunas estrategias preventivas y de promoción para apoyar ampliamente a las personas en estos entornos, lo que incluye:

INSTRUMENTO

RECUADRO 6.4

Conjunto de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial

El conjunto de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial es un sistema interinstitucional presupuestado que describe las actividades mínimas en materia de salud mental y apoyo psicosocial que se deben aplicar en entornos de emergencia (por ejemplo, debido a una guerra o un desastre natural) en los sectores de salud, protección, educación y otros. Su objetivo es garantizar que la respuesta humanitaria esté mejor fundamentada en las directrices mundiales, se base en pruebas, sea predecible y equitativa, y vele por un uso más eficiente de los recursos disponibles. Esto debería llevar a una mayor calidad, escala y coordinación de la programación de salud mental y apoyo psicosocial, y a mejorar considerablemente la salud mental y el bienestar de los grupos poblacionales afectados.

El conjunto de servicios mínimos incluye intervenciones preventivas, promocionales y terapéuticas, y cubre:

- la coordinación y cooperación interinstitucional;
- los componentes esenciales de los programas de salud mental y apoyo psicosocial, incluido el diseño, el seguimiento y la evaluación de programas, la atención y las competencias del personal;
- las actividades programáticas, como la orientación del personal humanitario y los miembros de la comunidad; el fortalecimiento de la autoayuda y el apoyo comunitario y el apoyo adicional a las personas con malestar psicológico o problemas de salud mental; y
- las actividades y consideraciones para entornos específicos, como brotes de enfermedades infecciosas.

Fuente: OMS, UNICEF, ACNUR y UNFPA (346).

- difundir información para aumentar los conocimientos básicos y la conciencia sobre la salud mental;
- ofrecer actividades para el desarrollo en la primera infancia y grupales para el bienestar de la infancia;
- apoyar iniciativas comunitarias existentes que promuevan la salud mental, incluido el restablecimiento de actividades culturales y religiosas normales, grupos de mujeres, redes

- juveniles y otros grupos de interés;
- facilitar nuevas iniciativas de autoayuda comunitaria; y
- apoyar a los cuidadores, docentes y otro personal educativo para que promuevan la salud mental en la infancia.

6.2.2 Prevención de problemas de salud mental mediante intervenciones indicadas

Las intervenciones indicadas están diseñadas para personas que presentan signos y síntomas, pero que no cumplen con los criterios para un diagnóstico formal de trastorno mental.

En las personas con importantes síntomas depresivos, las intervenciones indicadas incluyen psicoterapias como la terapia cognitivo-conductual y la terapia interpersonal, que se ha observado que retrasan o previenen la aparición de la depresión (347). La terapia cognitivo-conductual también es una intervención eficaz indicada para las personas con síntomas de ansiedad (348). Dado que la depresión y la ansiedad "subclínicas" son extremadamente comunes, es particularmente importante que las intervenciones indicadas para este grupo de personas sean económicas y ampliables. Los materiales de autoayuda, ya sea a través de libros o programas digitales, pueden ser especialmente útiles (véase la [sección 5.4.4, "Competencias para el autocuidado"](#)). Las intervenciones tempranas por parte de consejeros no especializados capacitados es otro enfoque económico y ampliable para prevenir la aparición de trastornos mentales.

En las personas con signos y síntomas que indican un alto riesgo de psicosis, la intervención temprana especializada puede mejorar sustancialmente los resultados clínicos (véase el [recuadro 7.14, "Servicios para personas con un primer episodio de psicosis"](#)) (349).

La prevención indicada brinda apoyo efectivo a quienes tienen más que ganar. También puede suponer rendimientos de la inversión importantes. Los datos económicos en relación con la intervención temprana en la psicosis indica que es costo-efectiva y que incluso puede hacer que se ahorre dinero (350, 351).

Las intervenciones indicadas para los pacientes con mayor malestar psicológico durante o después de una emergencia pueden ser particularmente útiles. Esto incluye intervenciones grupales guiadas por facilitadores, como Autoayuda Plus de la OMS, que se ha utilizado, con diversos grados de éxito, para prevenir la aparición de trastornos mentales en personas refugiadas y solicitantes de asilo en Türkiye, Uganda y Europa Occidental (352, 353).

Facilitar la promoción y prevención multisectorial: ¿qué papel desempeña el sector de la salud?

Reconfigurar los factores individuales, sociales y estructurales que influyen en la salud mental a menudo requiere poder, experiencia y conocimientos especializados que van más allá del sector de la salud. Los planes de mejora de la vivienda suelen ser aprobados y administrados por el sector de la vivienda. Los programas de protección de la infancia son administrados por asuntos sociales. Las normas de salud y seguridad en el trabajo suelen ser responsabilidad del departamento de trabajo. Asimismo, los programas escolares para el aprendizaje social y emocional se imparten a través del sector educativo.

La promoción y prevención eficaces de la salud mental es una tarea verdaderamente multisectorial. Es posible que el sector de la salud no pueda aplicar todas las estrategias o intervenciones necesarias. No obstante, puede contribuir significativamente al incorporar la promoción y la prevención dentro de los servicios de salud, especialmente para los grupos en riesgo. El sector de la salud puede contribuir de modo significativo integrando los esfuerzos de promoción y prevención en los servicios de salud, y promoviendo, iniciando y, cuando proceda, facilitando la colaboración y la coordinación multisectoriales.

A continuación se describen algunas de las estrategias disponibles para lograrlo. En todos los casos, la colaboración multisectorial satisfactoria requiere el intercambio de información inteligente y apropiado, la planificación conjunta, el diseño y apoyo estratégicos, y la ejecución adecuada. Es más probable que la colaboración multisectorial tenga éxito cuando hay un liderazgo transformador para inspirar y justificar la adopción de medidas, centrar los esfuerzos e impulsar las negociaciones necesarias (véase la sección 5.2.1, “Fortalecimiento de la voluntad y el compromiso políticos”).

Integrar programas de promoción y prevención en los servicios de salud

La necesidad de un enfoque conjunto de las acciones de promoción y prevención de la salud mental existe tanto en el sector de la salud como fuera de él. Las estrategias para incorporar los programas de promoción y prevención en los servicios de salud incluyen la integración de la promoción de la salud mental en la atención perinatal, la nutrición y los servicios de salud infantil, así como en los programas y las clínicas para enfermedades específicas. Los prestadores de atención primaria desempeñan un papel clave en el aumento de los conocimientos básicos en materia de salud mental y en la defensa de opciones saludables en torno a la alimentación, el ejercicio y el sueño. Los prestadores de atención primaria también están bien posicionados para presentar materiales de autoayuda basados en la evidencia para las personas con malestar psicológico.

Apoyar la promoción y protección de la salud mental en entornos fuera de la atención de salud

Dado que muchas intervenciones para promover y proteger la salud mental deben realizarse en entornos fuera de la atención de salud, el sector de la salud tiene un papel importante en el apoyo a colegas de todos los sectores a medida que diseñan e incorporan intervenciones eficaces.

Esto implica trabajar con escuelas, prisiones y refugios para mujeres, entre otros, para desarrollar competencias y resiliencia y empoderar a las personas. También incluye trabajar con empresas para apoyar la salud mental en el lugar de trabajo.

Promover y proporcionar una opinión experta sobre planes y políticas específicas

Al buscar oportunidades para contribuir con una opinión fundamentada, los profesionales de la salud mental pueden aprovechar su experiencia a través de la promoción y, por lo tanto, ayudar a garantizar que las políticas, planes y prácticas en torno a los factores estructurales apoyen la salud mental de las personas.

Por ejemplo, si se está planificando un nuevo emprendimiento de vivienda, los expertos en salud mental pueden indicar los beneficios para la salud mental de incluir instalaciones deportivas y recreativas (que pueden aumentar la participación en actividades comunitarias) y el acceso a espacios verdes (que tienen efectos beneficiosos para el bienestar mental). Además, pueden indicar la necesidad de un centro comunitario de salud mental y un hogar grupal para personas con problemas de salud mental. Además, pueden ponerse en contacto con la planificación del sector del transporte para garantizar que las personas con problemas de salud mental en el nuevo asentamiento puedan acceder libremente a los servicios de salud mental cuando los necesiten.

Incluir la salud mental en "la salud en todas las políticas"

"La salud en todas las políticas" es un enfoque establecido cuyo propósito es que se consideren sistemáticamente las implicaciones para la salud de las políticas públicas en todos los sectores. Busca sinergias y evitar los efectos nocivos para la salud (354). Hace hincapié en las consecuencias de las políticas sociales y económicas en la salud de la población, y ayuda a fortalecer la rendición de cuentas de los responsables de las políticas por los efectos en la salud, en todos los niveles de la toma de decisiones.

Aplicar este enfoque a la salud mental es esencial para reconfigurar las políticas sociales y económicas pertinentes. Si se comprende dónde y cómo influyen los factores sociales y estructurales en la salud mental, y se integra todo esto en el pensamiento gubernamental, es más probable que una política amplia mejore la salud mental o, como mínimo, evite perjudicarla.

Crear mecanismos de colaboración

A veces, establecer un mecanismo específico para la colaboración multisectorial es la opción más práctica para reunir a diferentes partes interesadas para la promoción y protección de la salud mental, especialmente cuando se trata de abordar los factores estructurales que influyen en la salud mental. Estos mecanismos se pueden aplicar en diferentes niveles de gobierno y con diferentes partes interesadas.

Las **fundaciones para promover la salud**, a veces llamadas consejos o comisiones nacionales de salud, son organizaciones multisectoriales establecidas a través de una ley parlamentaria o equivalente para promover la salud y prevenir enfermedades. Reúnen a departamentos gubernamentales, organizaciones no gubernamentales, académicos, grupos de usuarios y otros para investigar las causas profundas y planificar acciones eficaces. Cada sector es responsable de

cumplir su parte del plan de acción. Las fundaciones para la promoción de la salud son comunes en la lucha contra la infección por el VIH, la TB y las ENT, pero no hay muchas que se ocupen de la salud mental.

Las **autoridades conjuntas** también se establecen de manera similar a través de una ley del parlamento o equivalente. Por lo general, incluyen representantes del ministerio de salud, así como funcionarios de alto rango de otros ministerios, como bienestar social, justicia e interior. Pueden ser formas eficaces para favorecer la colaboración multisectorial y abordar los factores sociales y estructurales que influyen en la salud mental.

Los **grupos de trabajo multisectoriales o grupos de coordinación** están formados por partes interesadas de múltiples sectores que han sido convocadas para lograr un objetivo específico, como prevenir el suicidio o apoyar respuestas humanitarias.

Durante la pandemia de COVID-19, el número de grupos de coordinación del apoyo psicosocial y para la salud mental establecidos a nivel nacional aumentó a más del doble.

Por ejemplo, en la mayoría de las grandes emergencias humanitarias en los países de ingresos bajos y medianos, el apoyo psicosocial y de salud mental se coordina a través de un grupo de trabajo multisectorial. Los grupos de coordinación de apoyo psicosocial y para la salud mental a menudo están copresididos por partes interesadas de los sectores social y de salud. Estos grupos acuerdan y supervisan la acción en muchos de los dominios que influyen en la salud mental, incluida la salud, la educación, los servicios sociales, la alimentación, la seguridad, la vivienda y el agua y el saneamiento, de acuerdo con las pautas del Comité Permanente entre Organismos. Durante la pandemia de COVID 19, el número de grupos de coordinación de apoyo psicosocial y para la salud mental establecidos a nivel nacional se duplicó con creces y pasó de 23 países en febrero del 2020 a 54 países 24 meses después.

Es importante destacar que, si bien la coordinación en los grupos de trabajo de apoyo psicosocial y para la salud mental abarca todos los sectores, la rendición de cuentas generalmente no. Todos los sectores se ponen de acuerdo en un plan de acción general y en la división del trabajo; luego, los sectores individuales son responsables de aplicar las acciones específicas que entran en su dominio.



6.3 Prioridades seleccionadas para la acción

En el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* se hace hincapié en la necesidad de un enfoque integral de la promoción y la prevención y compromete a los Estados Miembros de la OMS a instituir al menos dos programas nacionales y multisectoriales de prevención y promoción operativos para el 2030. Solo el 52% de los Estados Miembros de la OMS cumplen actualmente este objetivo (5).

Como se ha señalado anteriormente, los programas de prevención y promoción se pueden centrar en diferentes temas y grupos poblacionales. En el resto del capítulo, se pondrá el énfasis en tres prioridades clave (véase la [figura 6.2](#)):

- acciones para prevenir el suicidio;
- intervenciones dirigidas a la población infantil y adolescente;
- intervenciones en el entorno laboral.

6.3.1 Prevención del suicidio

La necesidad de prevenir el suicidio es reconocida y se prioriza en los más altos niveles internacionales. Todos los Estados Miembros de las Naciones Unidas y la OMS se han comprometido, a través de los ODS y el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, a reducir la tasa mundial de mortalidad por suicidio en un tercio para el 2030. La tasa mundial estandarizada según la edad disminuyó un 10% entre el 2013 y el 2019, lo que demuestra que el progreso real es posible (355). Sin embargo, hay que trabajar mucho más para garantizar que el objetivo mundial se cumpla para el 2030. Esto es especialmente cierto porque el progreso varía significativamente entre países y regiones.

FIG. 6.2

Selected priorities for action, and associated strategies, to promote and protect mental health



TESTIMONIO

Recibir ayuda me guio hacia la fuerza interior y la autoconciencia

La experiencia de Enoch



El dolor no se detenía. En mi cabeza, en mi mente, en mi corazón. No quería vivir más. Estaba a punto de acabar con mi vida ahí mismo y estaba a pocos minutos de morir, pero sobreviví. Mi novio había entrado en la habitación en esa fracción de segundo y frenó lo que estaba a punto de hacer. Empecé a sollozar y llorar de rabia. Estaba decepcionada conmigo misma porque no podía quitarme la vida y eso se sentía peor que un fracaso.

La depresión para mí significaba que estaba fallando conmigo misma. Así que ser incapaz de decidir qué ponerme, incapaz de trabajar y de levantarme de la cama fue devastador. Cuando la doctora me sugirió que viera a un terapeuta, me burlé de ella. Cuando finalmente fui a ver a un psicólogo y me dijo que estaba gravemente deprimida, sonreí. No podía soportar el hecho de que necesitaba ayuda. Para mí, eso significaba que era débil, incompetente.

Solía menospreciar a quienes querían suicidarse, porque ¿por qué alguien se rendiría? Solía pensar que quienes reflexionaban sobre la vida y su significado eran demasiado poco prácticos: que

ganar dinero y subir la escalera corporativa traería estabilidad y felicidad. Me esforcé mucho por mantener la imagen que pensaba que la sociedad quería ver. Sonreía por fuera, pero por dentro estaba vacía.

Comencé la recuperación lentamente, a través de la escritura, la terapia, el juego. Comencé a dejar salir las emociones que había mantenido reprimidas. Aprendí a reconocerlas y a no reprocharme cada vez que las exteriorizaba. Estas emociones eran parte de mí, pero anteriormente las había rechazado.

Comencé a entender que tenía un papel que desempeñar en relación con la estigmatización de los problemas de salud mental. El momento en que entendí que la depresión y la ansiedad podían golpear a cualquiera, y que eso no nos hace menos personas, fue el momento en que me abrí al hecho de que necesitaba que otros me ayudaran a encontrarme de nuevo. Recibir ayuda no me hizo más débil. Recibir ayuda me guio hacia la fuerza interior y la autoconciencia.

Enoch Li, China



En veinte países, el intento de suicidio es un delito penal, punible con multas y, por lo general, de uno a cinco años de prisión (356). No obstante, criminalizar el intento de suicidio no detiene los suicidios. En realidad, aumenta la estigmatización y socava la prevención del suicidio. Impide que las personas busquen ayuda vital y crea barreras para aplicar políticas, brindar apoyo eficaz y tener un conocimiento preciso sobre la magnitud del problema (356). Para los países que todavía penalizan el suicidio, un paso crucial para avanzar en la salud mental es cambiar esta calificación jurídica.

Todos los países deben elaborar, ejecutar y evaluar una estrategia nacional de prevención del suicidio que aumente la conciencia del público, frene la estigmatización de los pensamientos y comportamientos suicidas, aliente a las personas a buscar ayuda y despliegue intervenciones eficaces para reducir la mortalidad.

Para ayudar a los países a aplicar esta recomendación, la OMS ha elaborado el enfoque VIVIR LA VIDA para la prevención del suicidio (357). El enfoque VIVIR LA VIDA se centra en cuatro intervenciones de prevención clave de eficacia comprobada:

- velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio;
- interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio;
- desarrollar las habilidades socioemocionales para la vida durante la adolescencia; y
- actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con comportamientos suicidas (véase la experiencia de Enoc).

Velar por que se limite el acceso a los medios de suicidio

Aunque existe una compleja interacción de factores que conducen a los intentos de suicidio, el camino que vincula un intento con una muerte es más sencillo y depende solo de la

elección del método y de cualquier respuesta capaz de salvar vidas después del intento (358).

Los intentos de suicidio a menudo son impulsivos y tienen menos de 30 minutos de planificación. El impulso frecuentemente es breve. Más del 90% de las personas que acuden a los servicios de atención de salud después de autolesionarse deliberadamente no mueren por suicidio más adelante en la vida. Esto sugiere que la mayoría de las personas sobrevivientes de un intento de suicidio generalmente no cambian el método por otros más letales (359). Esto hace que sea crucial reducir la posibilidad de que cualquier intento de suicidio sea mortal.

En consecuencia, una de las intervenciones basadas en políticas más directas e impactantes es reducir el acceso a medios letales y mejorar la respuesta médica después de un intento de suicidio. Esto incluye elaborar leyes y políticas para:

- Restringir el acceso a los medios, incluidas la prohibición de pesticidas altamente peligrosos; la regulación de las armas de fuego; la instalación de barreras en posibles sitios de salto, como rascacielos, puentes o plataformas del metro; la limitación del acceso a las ligaduras en prisiones y hospitales, y la restricción de la prescripción de medicamentos altamente tóxicos.
- Reducir la disponibilidad de medios limitando la cantidad de una sustancia peligrosa que alguien puede comprar o a la que puede acceder fácilmente, por ejemplo, cambiando el envase de los medicamentos tóxicos, de botellas a tiras o blisters.
- Reducir la letalidad de los medios, incluido el cambio a opciones de bajo riesgo, por ejemplo, el reemplazo del gas de carbón por gas natural en los hogares, o de pesticidas altamente peligrosos por productos químicos menos tóxicos o por enfoques no químicos para la protección de los cultivos.
- Mejorar el tratamiento médico, entre otras cosas, aumentando la disponibilidad y la eficacia de los antídotos después de la intoxicación aguda y el tratamiento médico después de un traumatismo.

Cualquier regulación destinada a reducir el acceso a los medios de suicidio debe centrarse primero en los métodos más comunes y letales utilizados. Esto varía de un país a otro, así como dentro de los países y entre grupos sociodemográficos.

Plaguicidas altamente peligrosos

Las autointoxicaciones por plaguicidas representan hasta una quinta parte de todos los suicidios a nivel mundial y son de particular preocupación en los países de ingresos bajos y medianos, en los que muchas personas viven en comunidades rurales y agrícolas con fácil acceso a pesticidas altamente peligrosos. Se ha calculado que cerca de la mitad de los suicidios en países de ingresos bajos y medianos en la Región del Pacífico Occidental de la OMS se deben a intoxicación por plaguicidas (360).

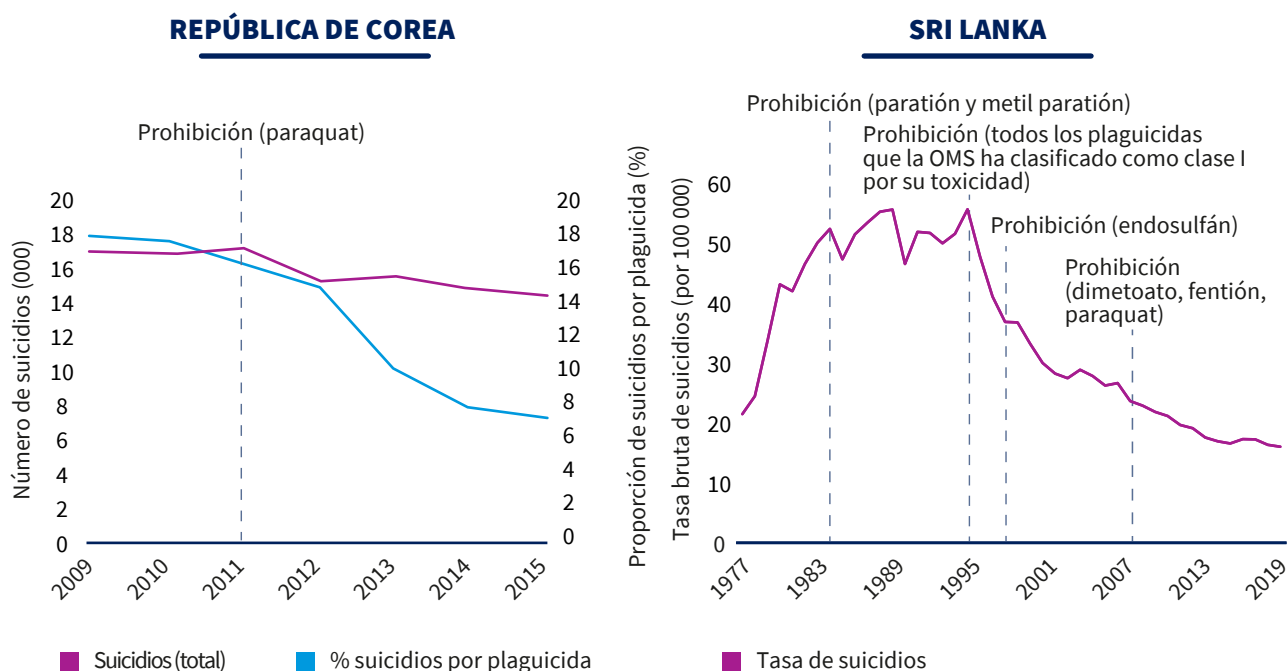
Prohibir la venta y el uso de plaguicidas altamente tóxicos y altamente peligrosos puede reducir las muertes por suicidio. Es una intervención de bajo costo, altamente costo-eficaz en países con una

Los plaguicidas se usan en **1 de cada 5 suicidios** en el mundo.

carga alta de autointoxicaciones por plaguicidas (222, 361). Las prohibiciones nacionales se han relacionado con una disminución de los suicidios por plaguicidas en Bangladesh, Jordania, República de Corea, Sri Lanka y en Taiwán, China (véase la figura 6.3 y el recuadro 6.5, “Sri Lanka: prohibición de plaguicidas para prevenir el suicidio”) (362). En la República de Corea, la prohibición del plaguicida altamente peligroso paraquat en el 2012 dio lugar a una disminución inmediata y clara de los suicidios por autointoxicación por plaguicidas y contribuyó a una marcada disminución de las tasas generales de suicidio en todos los grupos de población (véase la figura 6.3). Esa disminución no se asoció con menor rentabilidad agrícola (363).

FIG. 6.3

Prohibición nacional de plaguicidas altamente peligrosos y reducción del número de muertes por suicidio



Fuentes: Corea: OMS, 2017 (364); Sri Lanka: Duleeka Knipe, University of Bristol, datos sin publicar, abril del 2022, actualizado según Knipe, 2017 (365).



ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 6.5

Sri Lanka: prohibición de plaguicidas para prevenir el suicidio

Cuando el gobierno de Sri Lanka elaboró la Ley de Control de Plaguicidas en 1980, el envenenamiento por plaguicidas era la causa de más de dos tercios del total de suicidios en el país.

En 1984, la Oficina de Registro de Plaguicidas comenzó a ejercer su poder en virtud de la nueva ley para prohibir los plaguicidas de alta peligrosidad, comenzando por dos insecticidas organofosforados (paratión y metilparatión). En diez años, todos los plaguicidas de alta peligrosidad clase I según la clasificación de la OMS por su toxicidad habían sido prohibidos. En 1994, se estableció una Comisión Presidencial para redactar una política nacional y un plan de acción sobre la prevención del suicidio, y para coordinar la acción entre múltiples organismos gubernamentales, incluido el que se ocupaba de la agricultura. Otras prohibiciones en 1998 (endosulfán) y el 2008 (dimetoato, fentión y paraquat) impulsaron la disminución de los suicidios. En total, Sri Lanka prohibió 36 plaguicidas altamente peligrosos.

Para el 2016, la tasa anual de suicidios había caído más del 70%, a 14 por 100 000.

El ministerio de salud continúa trabajando en la prevención del suicidio en múltiples departamentos y la tasa general de suicidios ahora se sitúa en alrededor del 25% de su punto máximo. La política nacional, y cómo se aplica, es revisada regularmente por un comité técnico y consultivo sobre plaguicidas, que está compuesto por muchas partes interesadas dentro del gobierno. El comité también involucra regularmente a la industria de plaguicidas para garantizar una amplia aceptación y cooperación.

En conjunto, se estima que las prohibiciones salvaron 93 000 vidas entre 1995 y el 2015, a un costo directo del gobierno de US\$ 43 por cada vida salvada. Se siguen salvando miles de vidas por año. La gran cooperación de los agricultores y proveedores agrícolas hizo posible cultivar de manera eficaz utilizando pesticidas alternativos, por lo que la producción agrícola no se ha visto afectada.

Fuentes: Knipe et al, 2017 (365); Jeyaratnam et al, 1982 (366); Pearson et al, 2015 (367).

Interactuar con los medios de comunicación para que informen de forma responsable sobre el suicidio

Los informes de los medios de comunicación pueden tener una gran influencia en la formación de la opinión pública y las actitudes frente al suicidio. Hay pruebas de que la cobertura idealizada de casos de suicidio de alto perfil o las descripciones detalladas del acto pueden conducir a suicidios por imitación (368). Por el contrario, las historias que incluyen información sobre dónde buscar ayuda contribuyen a la prevención del suicidio (369).

Trabajar con los medios de comunicación para informar de manera responsable puede incluir colaboraciones para:

- fortalecer la capacidad de los periodistas a través de la capacitación o la elaboración de directrices; o bien
- regular la cobertura del suicidio, lo que incluye detectar y corregir (o eliminar) artículos que no cumplan con las normas establecidas.

En Lituania, por ejemplo, periodistas y profesionales de la psicología han trabajado juntos para elaborar un código de ética para la información pública para guiar la información sobre suicidios en el país. La Oficina de Prevención del Suicidio examina alrededor de 30 informes de suicidio o intentos de suicidio publicados por los medios en línea todos los días hábiles para garantizar el cumplimiento del código. Ante cada artículo que se descubre que infringe el código, la Oficina se pone en contacto con el editor de la publicación y solicita una corrección (357).

Trabajar con los medios de comunicación puede incluir colaboraciones en todos los niveles, desde el regional hasta el local, y todas las plataformas, como televisión, radio, periódicos y redes sociales.

Desarrollar las habilidades socioemocionales para la vida durante la adolescencia

En el enfoque VIVIR LA VIDA se recomienda aplicar las directrices de la OMS y el UNICEF para ayudar a la población adolescente a prosperar. En estas directrices se aboga por la capacitación en habilidades sociales y emocionales para la vida en las escuelas junto con una serie de otras iniciativas para promover y proteger la salud mental en la adolescencia, incluidos programas contra la intimidación, apoyo sobre cómo mantenerse conectado y seguro en línea y fuera de línea, capacitación de guardianes para docentes, iniciativas de conocimientos básicos sobre salud mental para progenitores y apoyo adicional a estudiantes de alto riesgo (véase sección 6.3.2, “Protección y promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente”).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 6.6

Guyana: creación de capacidades para la prevención del suicidio

La prevención del suicidio ha sido una prioridad del gobierno en Guyana desde el 2014. Las actividades dependen de dos planes nacionales sobre salud mental y suicidio; y la dirección está a cargo de una unidad nacional de salud mental dentro del Ministerio de Salud Pública.

Parte de esta acción se centra en ampliar las capacidades para la prevención del suicidio del personal de atención primaria de salud. En el 2015, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) comenzó a capacitar a este personal de salud para que detecten y gestionen el riesgo de suicidio y presten atención adecuada de seguimiento. La OPS utilizó un campus virtual para impartir un curso en línea basado en la guía de intervención mhGAP de la OMS para el personal médico.

Desde entonces, más de 300 miembros del personal de salud han recibido formación para la evaluación, el manejo y el seguimiento de los problemas comunes de salud mental y el suicidio o las autolesiones. Más de 100 de ellos son médicos que trabajan en la atención primaria de salud.

Además, se está planificando e incorporando la capacitación de guardianes para involucrar a los prestadores de atención informal en la prevención del suicidio. Esto incluye capacitar al personal docente para que reconozcan los problemas de salud mental en la población infantil y adolescente, y los deriven a los servicios apropiados.

Fuente: OMS, 2021 (357).

Actuar para detectar a tiempo, evaluar, gestionar y hacer seguimiento de cualquier persona con comportamientos suicidas

La cuarta intervención prioritaria en el enfoque VIVIR LA VIDA radica en la detección temprana, la evaluación, la gestión y el seguimiento de cualquier persona con comportamientos suicidas. Esto incluye equipar a las personas que posiblemente puedan encontrarse con alguien en riesgo, incluido el personal de salud y los prestadores comunitarios pertinentes, como el personal docente, con las competencias para guiar a los afectados hacia el apoyo que necesitan. También incluye proporcionar apoyo de seguimiento a las personas que estén de luto por un suicidio.

La intervención temprana es importante en todo el espectro de los servicios de salud. La guía de intervención mhGAP de la OMS incluye herramientas y materiales de capacitación para apoyar la toma de decisiones clínicas y la gestión por parte del personal de salud no especializado (véase el recuadro 6.6, “Guyana: creación de capacidades para la prevención del suicidio”) (244).

Los servicios dirigidos por la comunidad tienen un papel importante en el apoyo a las personas con comportamientos suicidas a través de grupos de sobrevivientes y grupos de autoayuda facilitados por sobrevivientes con experiencia propia. Las escuelas y otros entornos de aprendizaje también tienen un papel en la prestación de apoyo a quienes tienen pensamientos y comportamientos suicidas, y brindan orientación sobre dónde y cómo buscar ayuda. Por último, otros sectores, como el de bienestar social, también tienen un papel que desempeñar en el apoyo a las personas sobrevivientes que, por ejemplo, pueden necesitar ayuda para acceder al empleo o a beneficios.

6.3.2 Protección y promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente

La primera infancia, la niñez y la adolescencia son edades de vulnerabilidad y de oportunidades en materia de salud mental. Este es un momento en que se adquieren los atributos y habilidades cognitivas, sociales y emocionales que necesitan para prosperar en la edad adulta.

Los entornos de crianza cariñosos y sensibles y los entornos de aprendizaje estimulantes pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura. La infancia y la adolescencia también son momentos de la vida en el que somos muy vulnerables a las influencias ambientales. Los entornos de crianza cariñosos y sensibles y los entornos de aprendizaje estimulantes pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura. Por otro lado, las experiencias adversas en la infancia en hogares, escuelas o espacios digitales aumentan el riesgo de problemas de salud mental (véase la sección 2.2, “Determinantes de la salud mental”).

Los entornos de crianza cariñosos y sensibles y los entornos de aprendizaje estimulantes pueden ser enormemente protectores de la salud mental futura.

Sobre la base de las directrices de la OMS basadas en la evidencia, las secciones a continuación analizan la justificación y las opciones para la promoción y prevención universales en cuatro plataformas (370, 371):

- políticas y legislación;
- apoyo para cuidadores;
- programas en las escuelas;
- entornos fuera de la escuela.



Políticas y legislación

Los marcos internacionales como la Convención de las Naciones Unidas sobre los Derechos del Niño comprometen a todos los países a promover y proteger la salud mental en la infancia y la adolescencia. La Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad complementa la Convención sobre los Derechos del Niño e incluye un artículo sobre la protección de los derechos de niños y niñas con discapacidad, incluidas las discapacidades psicosociales. En conjunto, apoyan el acceso a la atención y la inclusión social de niños y niñas con problemas de salud mental.

Las políticas, planes y leyes nacionales en consonancia con estos instrumentos de derechos humanos son fundamentales para desarrollar sistemas apropiados de atención de salud mental para la población joven. Sin embargo, en el 2020, menos de la mitad de los Estados Miembros de la OMS informaron tener un plan o estrategia para la salud mental de la población infantil y adolescente (5).

En el caso de los niños y niñas de menor edad, las leyes y políticas que apoyan a los cuidadores en la prestación de cuidado afectivo son especialmente importantes (18). Para la población adolescente, las leyes y políticas también pueden ser importantes para reducir los comportamientos de riesgo comunes, como las autolesiones, el consumo de sustancias psicoactivas y los comportamientos sexuales de riesgo (372).

Numerosos sectores tienen un papel en la creación de políticas y entornos legislativos propicios para la salud mental en la infancia y la adolescencia. Por ejemplo, las políticas de salud establecen los estándares para los servicios de salud mental y proporcionan cobertura universal. Las políticas de bienestar social protegen a las familias contra la adversidad económica y social. Las políticas educativas aseguran el acceso a oportunidades de aprendizaje.

Apoyo a los cuidadores

Los cuidadores son fundamentales para la promoción y protección de la salud mental de la población infantil porque brindan cuidados cariñosos y sensibles durante la infancia y la adolescencia.

Apoyo a la salud y el bienestar de los cuidadores

Incluso antes de nacer, la salud mental de la madre y el padre puede afectar a la persona. La mala nutrición, la exposición a drogas o toxinas, las infecciones maternas o el estrés y las complicaciones del parto pueden afectar negativamente el desarrollo fetal y poner en riesgo la salud mental futura de un niño (373). Las embarazadas con depresión o ansiedad no tratadas tienen más probabilidades de tener complicaciones en el parto o morir durante el embarazo, y de dar a luz un bebé con peso bajo al nacer (374).

Después del nacimiento y más adelante, muchos cuidadores sienten malestar psicológico.

Después del nacimiento y más adelante, muchos cuidadores sienten malestar psicológico. Especialmente cuando este malestar se suma a la depresión o la psicosis, las consecuencias pueden ser graves tanto para los cuidadores como para los niños y las niñas (véase la experiencia de Olivia). Por ejemplo, la depresión y la ansiedad pueden afectar la capacidad de una madre para vincularse con su bebé.

Las intervenciones preventivas que apoyan la salud mental del cuidador tanto antes como después del nacimiento pueden contribuir considerablemente a la prevención de problemas de salud mental en la infancia (375). En un metanálisis se ha sugerido que, cuando estas intervenciones llegan a los cuidadores que ya tienen un problema de salud mental, podrían reducir en un 40% el riesgo de problemas de salud mental en sus hijos (376).

NARRATIVE

This illness stole precious moments from me and my girls



Olivia's experience

Before becoming a mum I thought motherhood would be, yes, tiring and overwhelming at times, but mostly I expected it to be a period of joy and happiness. Not once did I think it would in fact be one of the darkest times of my life.

Both my girls were born prematurely and after giving birth to my eldest I immediately started to experience symptoms of psychosis. I felt deeply depressed and anxious, was plagued with irrational beliefs and fears, and had severe panic attacks. My symptoms went unrecognized by myself and undiagnosed by the medical staff taking care of me.

My first psychotic episode took place a few months later. I'd settled my daughter down in her nursery and then experienced the most terrifying of visions. I saw demons flying around our house, saying they were here to kill my daughter. I began living with what I came to call my "dark stranger": a shadowy figure who would appear unexpectedly telling me I was in danger and that my daughter would be better off without me. I became filled with terror. I didn't want to see family and friends and felt like I was trapped in my own horror film. My symptoms were not cared for correctly, and I experienced them again during my second pregnancy and for several months after. My recovery was slow and at times challenging and debilitating.

I've had to come to terms with the fact that this illness stole precious moments from me and my girls that I will never get back. But this realization and my acceptance of it has been my drive to help other women in the same situation. I passionately believe that every woman going into motherhood should be educated on how to take care of their mental health. All women should be informed of the symptoms and know where to get support if they need it.

Since recovering I have published a book about my experiences. I also set up The Letters of Light Project: a peer-to-peer initiative that sends handwritten letters of support from women with lived experience of maternal mental health issues to women who are receiving maternal mental health care around the world. And I have been part of the editorial team for the *World mental health report: transforming mental health for all*. These are all projects I am incredibly proud of. And I get to share them with my daughters so they know that suffering with a mental health condition is not a weakness or a source of shame. People with lived experience are courageous people whose insight and experiences are invaluable for progressing mental health care worldwide.

Olivia Gascoigne Siegl, United Kingdom



Disminuir el estrés del cuidador y apoyar su bienestar, incluso a través de visitas domiciliarias, es particularmente valioso durante el embarazo y la primera infancia (377). La atención de la salud mental materna se debe integrar en los servicios de atención y desarrollo en la primera infancia debido a los beneficios indirectos en los resultados del cuidado y el desarrollo infantil (370).

El apoyo continuo para el bienestar del cuidador también puede influir positivamente en el desarrollo y los resultados de salud mental de niños y niñas mayores y adolescentes. La iniciativa de la OMS y UNICEF destinada a ayudar a la población adolescente a prosperar (HAT, por su sigla en inglés) para promover el bienestar mental y prevenir los problemas de salud mental en la adolescencia enfatiza la importancia de intervenir con los cuidadores que tienen más probabilidades de experimentar dificultades que podrían afectar negativamente el ejercicio de la paternidad (372). Esto incluye a los cuidadores que viven en entornos humanitarios, son víctimas o sobrevivientes de violencia o que tienen un problema de salud mental o una enfermedad física crónica.

Todos los cuidadores que viven en circunstancias estresantes pueden beneficiarse de un apoyo adicional. En el 2020, a través del programa Parenting for Lifelong Health [crianza para la salud durante toda la vida] se elaboraron recursos para padres y madres en el marco de la COVID-19 para reducir el estrés de los cuidadores y disminuir el riesgo de violencia contra niños y niñas durante la pandemia (378). A través de fichas de consejos, mensajes de texto interactivos, grupos de apoyo en línea para progenitores, asesoramiento telefónico, entre otros, los recursos se valen de un enfoque estratégico para emitir mensajes de apoyo a los cuidadores y niños y niñas durante la pandemia. Más de 210 millones de personas accedieron a estos recursos durante los dos primeros años de la pandemia.

Habilidades para el cuidado

Los programas para padres y madres se centran en equipar a los cuidadores con las habilidades

que necesitan para proporcionar cuidado cariñoso y sensible y un entorno seguro y estable para sus hijos. Los programas para quienes cuidan de recién nacidos a menudo se centran en el apoyo a la lactancia materna, lo que ayuda a establecer un sentido de apego y bienestar que contribuye a la salud mental (379).

Los programas para cuidadores de niños y niñas de menor edad tienden a centrarse en la atención y el aprendizaje receptivos, incluida la matriculación preescolar (370). La experiencia de todo el mundo sugiere que los programas para padres y madres durante la primera infancia pueden reducir eficazmente las prácticas coercitivas, mejorar el comportamiento de resolución de problemas y el funcionamiento social de niños y niñas en el hogar y la escuela, y ayudar a prevenir problemas de comportamiento, muchos de los cuales tienen su inicio en períodos preescolares (380).

Los programas para cuidadores de adolescentes pueden centrarse en (372):

- apoyo para promover entornos familiares enriquecedores, incluido el apoyo para aumentar la participación de los cuidadores en la crianza y la capacidad de proporcionar una estructura y supervisión adecuadas;
- habilidades para fortalecer la comunicación y las relaciones entre el cuidador y el adolescente;
- habilidades para fortalecer las prácticas adecuadas de crianza y proteger a la población adolescente de la exposición a la violencia, incluidas habilidades para establecer límites y normas, promover el elogio y el refuerzo positivo y reducir el castigo severo;
- conocimiento para aumentar la comprensión de los cuidadores sobre la salud mental y el desarrollo en la adolescencia, incluidos los cambios psicológicos, sociales, físicos y sexuales que ocurren durante la adolescencia;
- apoyo a las redes sociales familiares y a la conectividad comunitaria.

Los cuidadores de menores con retrasos en el desarrollo y discapacidades pueden beneficiarse de un apoyo específico porque es probable que tengan altos niveles de malestar psicológico. La experiencia demuestra que la participación en programas de formación para el cuidado de los hijos, como el programa Caregiver Skills Training (CST) de la OMS, puede capacitar a estos cuidadores para fomentar el aprendizaje, la comunicación social y el comportamiento adaptativo de sus hijos (381, 382).

Las adolescentes embarazadas y los cuidadores adolescentes también se pueden beneficiar de los programas sobre crianza que, por ejemplo, crean conciencia sobre los problemas de salud mental que pueden enfrentar y los vinculan con apoyo y servicios cruciales (372).

Programas en las escuelas

Las escuelas son uno de los entornos más importantes para la promoción y protección de la salud mental de la población infantil y adolescente. Pueden ser lugares que fomentan el bienestar y equipan a los estudiantes con el conocimiento, las habilidades, las competencias y los estilos de vida que necesitan para prosperar. Para quienes viven en un entorno familiar que no es seguro y afectuoso, la escuela puede ser una red de seguridad vital para apoyar las necesidades sociales, emocionales y físicas básicas. Sin embargo, también pueden ser lugares que socavan el bienestar, por ejemplo, al exponer a los estudiantes a la intimidación, el racismo, la discriminación, la presión de los compañeros y el estrés excesivo por el rendimiento académico.

Para ser eficaz, cada intervención en un programa de promoción y prevención en las escuelas requiere la participación activa y el apoyo de los estudiantes, el profesorado, los cuidadores y las comunidades. Si se quiere lograr un clima escolar positivo, se necesita un enfoque de promoción de la salud en toda la escuela (372). A su vez, este enfoque contribuye a mejores resultados

educativos y de salud e influye en los hábitos de salud, en beneficio de los estudiantes, el personal de la escuela y la comunidad en general (383).

Un componente clave de una escuela que promueve la salud es un entorno social y emocional escolar seguro y estimulante. Esto se puede fomentar mediante la formación de educadores (véase el recuadro 6.7, “Módulo de capacitación sobre la salud mental en el ámbito escolar para el Mediterráneo Oriental”). En todos los casos, los programas de prevención y promoción escolares se deben vincular con otros servicios sociales y de salud mental, que pueden proporcionarse dentro o fuera de la escuela (véase el apartado “Detección e intervención tempranas en las escuelas” en la sección 7.4.1, “Atención de salud mental en entornos ajenos a la atención de salud”).

Programas de aprendizaje social y emocional

Los programas escolares para el aprendizaje social y emocional están vinculados a los beneficios de salud mental en países de todos los niveles de ingresos (385). Se pueden realizar para todas las edades y se ha probado concluyentemente que mejoran el bienestar emocional, el funcionamiento social y el rendimiento académico de los estudiantes. También se asocian con un menor riesgo de depresión, ansiedad y estrés, y con la prevención del suicidio, del consumo de sustancias nocivas, del comportamiento antisocial y de prácticas sexuales peligrosas (véase el apartado “Desarrollar las habilidades socioemocionales para la vida durante la adolescencia” en la sección 6.3.1, “Prevención del suicidio”) (386).

La iniciativa HAT de la OMS y UNICEF aboga por un enfoque amplio del aprendizaje social y emocional en las escuelas que utiliza una combinación de intervenciones para crear conciencia sobre la salud mental, fortalecer las habilidades emocionales, cognitivas y sociales, y participar en actividades físicas (véase el cuadro 6.3) (372, 387).

INSTRUMENTO

RECUADRO 6.7

Módulo de capacitación sobre la salud mental en el entorno escolar para el Mediterráneo Oriental

La Oficina Regional de la OMS para el Mediterráneo Oriental (EMRO) ha elaborado un módulo de capacitación sobre salud mental para educadores con miras a que se comprenda mejor la importancia de la salud mental en el entorno escolar y a modo de guía para la aplicación de estrategias con las que promover, proteger y recuperar la salud mental en los estudiantes.

Aún en las primeras etapas de aplicación, el módulo de EMRO incluye manuales y materiales

de capacitación para ayudar a aumentar el número de "escuelas promotoras de la salud mental" que pueden:

- apoyar el desarrollo social y emocional en la población infantil;
- promover la salud mental y el bienestar en todos los niveles;
- proporcionar estrategias de terapia conductual apropiadas para la edad; e
- identificar y abordar los primeros signos y síntomas de problemas de salud mental.

Fuente: EMRO, 2021 (384).



CUADRO 6.3

Intervenciones psicosociales para el aprendizaje socioemocional

META DE APRENDIZAJE	INTERVENCIÓN	
Emocional	Regulación de las emociones	Técnicas para mejorar la capacidad de gestionar y responder a las emociones de manera eficaz
	Abordaje del estrés	Técnicas para controlar los niveles de estrés, especialmente el estrés crónico, que interfiere con el funcionamiento diario
	Atención consciente	Actividades para mejorar la capacidad de prestar atención intencionalmente, en el presente y sin prejuicio
Cognitiva	Resolución de problemas	Técnicas para identificar y actuar sobre una solución a un desafío o problema difícil
	Conocimientos sobre drogas y alcohol	Educación sobre el consumo de drogas y alcohol, y sus efectos
Social	Habilidades interpersonales	Mejorar las habilidades para desarrollar o mejorar relaciones estrechas, fuertes y positivas con los demás
	Asertividad	Mejorar las habilidades para comunicar el punto de vista, las necesidades o los deseos de manera clara y respetuosa
Física	Actividad física	Oportunidades para participar en deportes o actividad física, ya sea individual o en equipo

Fuente: adaptado y reproducido con permiso de la OMS y el UNICEF, 2021 (372).

Los programas universales de aprendizaje socioemocional en las escuelas se pueden integrar en el plan de estudios escolar habitual y ser impartidos por los maestros. Por ejemplo, se ha adaptado un plan de estudios canadiense de salud mental para su uso en las aulas de Malawi, Nicaragua y República Unida de Tanzania, sitios en los que se han autonotificado mejoras en los conocimientos básicos en materia de salud mental y la búsqueda de ayuda, así como una reducción de las actitudes negativas (388, 389, 390).

Estos programas no solo son eficaces, sino que también pueden generar buenos rendimientos económicos (222). En la argumentación en favor de la inversión en Filipinas se calculó que el rendimiento de la inversión (incluidos los

aumentos de productividad y el valor social de la salud) de los programas universales de aprendizaje socioemocional basados en la escuela fue de 14,8 a 1 en 20 años (132).

Intervenciones contra la intimidación

En todo programa de promoción y prevención en la escuela, las intervenciones contra la intimidación o *bullying* son especialmente importantes.

La intimidación puede adoptar muchas formas: físicas, verbales y psicológicas. Se estima que casi uno de cada tres adolescentes ha sido víctima de intimidación en los últimos 30 días (391). Las personas que fueron víctimas de intimidación en la infancia tienen más probabilidades de sentir

TESTIMONIO

La intimidación era el terreno perfecto para que mi depresión aumentara



La experiencia de Benny

Mi primera experiencia de intimidación basada en el racismo fue en segundo grado. Mis compañeros del vecindario me vieron y me gritaron que volviera a China. Tenía solo 8 años y ya me sentía mal recibido e inseguro en mi entorno más cercano.

Tenía asma activa y mis padres eran muy protectores de mi salud. Se burlaban de mí como niño de mamá; el niño débil con asma. Solía llorar para afrontar la intimidación, el rechazo y la frustración. Para cuando ya era adolescente, me había vuelto muy sensible. Traté de ser más asertivo y audaz al expresar lo que pensaba y sentía, pero estaba siendo intimidado más que nunca. Había comenzado a tener problemas de salud física y provenía de un trasfondo religioso diferente al de muchos de mis compañeros. Los gestos pasivos agresivos y las microagresiones hacia mi identidad religiosa se convirtieron en un método suave de su intimidación.

Estas experiencias me hicieron muy consciente del hecho de que las personas pueden ser muy ignorantes y odiar la diversidad y las condiciones de las que no saben nada. Me hicieron preguntarme por qué las personas no pueden aceptar a otros con identidades que no tienen poder para elegir, por qué infligen sufrimiento a los demás y cómo deberían ser la felicidad y la armonía. No tenía a nadie a quien hacerle estas preguntas, lo que me llevó a una mayor sensación de alienación.

Constantemente sentía que era menos que quienes me odiaban, y que tenía que demostrar que podía hacerlo mejor que todos ellos. Este impacto duradero y multidimensional intimidación también me hizo sentir solo y sin valor. La intimidación era el terreno perfecto para que mi depresión aumentara. Me tomé años darme cuenta de que la intimidación había alterado mi forma de relacionarme conmigo mismo y con los demás.

Benny, Indonesia

malestar emocional y tener problemas de salud mental y dificultades para adaptarse a la escuela (). La intimidación también puede conducir al aislamiento, la baja autoestima y las lesiones autoinfligidas (véase la experiencia de Benny).

Toda persona involucrada en la intimidación, sea porque intimida o es intimidada, tiene más probabilidades de tener depresión y ansiedad.

Los mismos agresores infantiles tienen más probabilidades de tener problemas académicos a corto plazo y también es más probable que se involucren en el consumo nocivo de sustancias psicoactivas, el comportamiento antisocial y la violencia interpersonal más adelante en la vida (392). Toda persona involucrada en la intimidación, sea porque intimida o es intimidada, tiene más probabilidades de tener depresión y ansiedad (393, 394).



Los programas escolares contra la intimidación se centran en abordar los factores que fomentan el comportamiento de intimidación en la escuela. Se pueden ejecutar de diferentes maneras, desde intervenciones de apoyo a los progenitores y compañeros hasta la concientización del personal y los estudiantes y el desarrollo de habilidades socioemocionales. En general, se ha observado que los programas escolares contra la intimidación son eficaces para reducirla en aproximadamente un 20% (395). El análisis sugiere que las intervenciones que tienen mayor éxito utilizan un enfoque multinivel y de toda la escuela que incluye la aplicación de una política contra la intimidación y reglas en el aula (incluidos los mecanismos de rendición de cuentas), la información a los padres y las madres, la participación de compañeros y el trabajo cooperativo en grupo.

Además de reducir las tasas de intimidación, los programas para combatirla pueden reducir la agresión y los problemas emocionales posteriores en la adolescencia (396). Incluso pueden repercutir en las tasas de psicosis, dado el vínculo entre la intimidación y las experiencias psicóticas (397).

Entornos fuera de la escuela

Fuera de la escuela, la población infantil y adolescente pasa mucho tiempo en la comunidad y, en estos días, en entornos en línea. Además, hay millones sin escolarizar. Es importante garantizar que los entornos fuera de la escuela sean seguros y saludables, y que mejoren los resultados de salud mental y faciliten el acceso a recursos y apoyo.

La población adolescente que vive en vecindarios seguros y con recursos suficientes o participa en actividades sociales, físicas, creativas o lúdicas extracurriculares, como clubes juveniles, equipos deportivos o grupos artísticos, tienen mayor bienestar mental que quienes no lo hacen. Por el contrario, quienes viven en comunidades con altos niveles de adversidad o conflicto tienen más probabilidades de tener una peor salud mental. Por lo tanto, cualquier intervención que aborde

con éxito la violencia y otras adversidades en la comunidad puede considerarse alentadora. También las intervenciones como los espacios seguros que brindan oportunidades para que la población infantil y adolescente juegue (398).

Preocupa sobremanera el uso de Internet y las redes sociales en la infancia (4). En todo el mundo, la población infantil y adolescente presenta diferentes experiencias en términos de acceso y uso de Internet, con diferentes riesgos y beneficios. Algunos jóvenes tienen poco o ningún acceso a las tecnologías digitales e Internet; algunos tienen acceso frecuente pero irregular; algunos tienen acceso regular, pero con un uso limitado por cuestiones personales o inquietudes de los cuidadores, y algunos tienen acceso regular sin apoyo ni limitaciones de uso (399).

Para los que pueden acceder a Internet, los entornos en línea pueden ser una fuente importante de entretenimiento, apoyo social y aprendizaje. Esto ha sido especialmente cierto durante la pandemia de COVID-19, cuando Internet proporcionó una plataforma para recibir clases y socializar con amistades, así como información sobre cómo lidiar con los factores estresantes relacionados con la COVID-19 (véase el recuadro 6.8, “Mi heroína eres tú: un libro para niños sobre la COVID-19”). Por supuesto, muchos niños y niñas no tuvieron acceso a Internet durante la pandemia, o solo un acceso limitado que dificultó mucho el aprendizaje y la socialización en línea.

Cuando la población joven pasa tiempo en línea y en las redes sociales, también puede estar expuesta a riesgos de salud mental como la intimidación y el acoso en línea, el acercamiento con fines sexuales, contenidos inadecuados para el desarrollo, información errónea y modelos de comportamiento poco saludables. El uso de las redes sociales también puede interferir con el sueño (402). Además, las redes sociales generan comparación social con adolescentes que con frecuencia piensan que salen desfavorecidos

en la comparación con los demás (403). De modo que, si bien las redes sociales ayudan a muchos adolescentes estar conectados y explorar nuevas ideas e información, también socavan la autoestima y la imagen corporal.

Los efectos del uso de Internet en la salud mental, el desarrollo cognitivo y la conexión social, tanto positivos como negativos, sigue siendo un tema de interés y una prioridad para la investigación.

INSTRUMENTO

RECUADRO 6.8

Mi heroína eres tú: un libro infantil sobre la COVID-19

Mi heroína eres tú: ¿Cómo pueden los niños luchar contra la COVID 19? es un libro para niños y niñas en edad escolar en el que se explica cómo pueden protegerse a sí mismos, a sus familias y a sus amistades de la COVID 19 y cómo manejar las emociones difíciles cuando se enfrentan a una realidad que cambia rápidamente.

El libro se publicó en el 2020, en más de 140 idiomas y se realizaron numerosas adaptaciones, incluidos videos de animación, obras de teatro, libros de actividades y formatos de audio. Se publicó junto con una guía práctica para padres y madres sobre cómo leer el libro con sus hijos, en la que se explicaba cómo las personas adultas pueden crear espacios seguros

para que niños y niñas transmitan abiertamente sus sentimientos, incluso sus miedos y preocupaciones sobre la COVID 19 y la frustración por el cambio en su vida diaria.

En una segunda parte, *Mi héroe eres tú 2021: ¿Cómo las niñas y los niños pueden cultivar y compartir sentimientos de esperanza en medio de la pandemia de COVID-19!*, se abordaron las preocupaciones infantiles cambiantes durante el segundo año de la pandemia y está disponible en 28 idiomas, lo que indica el interés continuo de los países por proporcionar a la población infantil información sobre cómo hacer frente a los factores estresantes relacionados con la COVID 19.



Fuente: IASC, 2020 (400); IASC, 2021 (401).



Tres intervenciones en particular se consideran prometedoras para promover la participación segura y saludable en línea durante la adolescencia (372):

- Programas de capacitación para adolescentes dirigidos a fortalecer los conocimientos sobre cómo usar Internet de manera responsable y segura y reducir los riesgos relacionados con Internet, como la intimidación en línea y la victimización.
- Programas para progenitores dirigidos a capacitar a los cuidadores sobre cómo promover el uso seguro de Internet en la adolescencia, incluido el establecimiento de reglas, la supervisión del uso y el fomento de la participación responsable.
- Herramientas tecnológicas para promover la seguridad en línea filtrando y bloqueando el contenido negativo, incluidos los controles de los cuidadores, las herramientas de autorregulación, el software de control del lenguaje y los sistemas de denuncia.

6.3.3 Promoción y protección de la salud mental en el trabajo

Los lugares de trabajo pueden ser lugares tanto de oportunidad como de riesgo para la salud mental. Por un lado, los lugares de trabajo que promueven una buena salud mental y reducen el estrés laboral no solo mejoran la salud mental y física, sino que también es probable que reduzcan el ausentismo, mejoren el rendimiento y la productividad laboral, aumenten la moral y la motivación del personal y minimicen la tensión y el conflicto entre colegas. Por lo tanto, la acción para proteger y promover la salud mental en el lugar de trabajo puede ser costo efectiva (404).

Los lugares de trabajo pueden ser lugares tanto de oportunidad como de riesgo para la salud mental.

Por otro lado, el desempleo, la discriminación en el acceso o la realización del trabajo, y las malas condiciones de trabajo pueden ser una fuente de estrés excesivo y aumentar el riesgo de nuevos problemas de salud mental o exacerbación de los existentes (20). Esos entornos y experiencias de trabajo negativos son todo lo contrario de lo que se necesita para que el personal haga su trabajo (véase la [experiencia de Larry](#)).

Algunos trabajadores, como el personal de salud, humanitario o de emergencia, tienen más probabilidades de estar expuestos a experiencias adversas en el trabajo. Esto se debe en parte a la naturaleza de su trabajo (por ejemplo, la exposición a eventos potencialmente traumáticos), pero también a la forma en que se planifica (por ejemplo, gran carga de trabajo, horarios extendidos, trabajo por turnos o trabajo en horarios inconvenientes). Esta situación adversa pone al personal en riesgo por posibles efectos negativos en su salud mental (405, 406). La pandemia de COVID 19 ha puesto de relieve la pesada carga de trabajo que soporta el personal de salud y las posibles consecuencias para su salud mental (véase el apartado “Primer plano: La COVID-19 y la salud mental” en el capítulo 2). Sin embargo, se sabía que dicha carga y sus consecuencias eran factores de riesgo de depresión y comportamientos suicidas incluso antes de la pandemia (405, 407).

La mayoría de las iniciativas en materia de salud mental relacionada con el trabajo se centran en el sector del empleo formal. Sin embargo, la economía informal, en la que no hay regulaciones formales, el trabajo es precario y el personal no tiene acceso a la protección social, constituye más del 60% del total del empleo en el mundo y más del 69% del empleo en los países de ingresos bajos y medianos (408). Este personal enfrenta amenazas a su salud mental y física debido a la falta de apoyo estructural o reconocimiento de su trabajo y, a menudo, también malas condiciones de trabajo y discriminación social, todo lo cual puede impedir el uso de los servicios de salud mental.

TESTIMONIO

Un ambiente de trabajo tóxico me dejó incapaz de trabajar

La experiencia de Larry



Me encantaba mi trabajo, pero llegué a odiarlo porque estaba trabajando en un ambiente tóxico. Un asunto largo y desagradable en el trabajo hizo tambalear mi mente y me sumió en ataques de pánico, ansiedad y depresión. Mi médico dijo que tenía depresión de moderada a grave. Mantenía una fachada de felicidad, pero me escondía en mi oficina a llorar y tratar sin éxito de mantener cierto nivel de autocontrol. Entonces decidí tomarme un tiempo libre.

La primera vez que regresé al trabajo, me sentí completamente abrumado y me tomé más tiempo libre. La segunda vez, los cambios organizativos que habían hecho en mi ausencia hicieron que comenzara a temer mis reuniones de trabajo semanales. Me enfermaba de solo pensarlo. Fui incapaz de funcionar en el trabajo durante varios días.

Sentía que era un blanco. Mi labor había mermado y, sin que nadie lo consultara, ahora tenía menos autoridad. Me puse en contacto con mi asociación profesional y

con el equipo de recursos humanos para buscar ayuda, pero nadie tomó medidas para apoyarme.

Exasperado, sintiéndome acorralado e incapaz de cumplir mi función, renuncié. Después de mi renuncia, mis sentimientos personales oscilaron caóticamente entre la angustia mental, la falta de control, el aislamiento, el miedo, la tristeza, la intimidación, la incredulidad, la frustración, la decepción, la preocupación extrema por el bienestar de mi antiguo equipo, la ira por el impacto en mi carrera de 20 años y, periódicamente, el alivio.

La felicidad, el optimismo y la confianza en los demás que solían definirme todavía están en gran parte ausentes. Trabajo en ello. Esta fue la experiencia más tumultuosa de mi vida, pero no me arrepiento de haber elegido poner mi cordura personal y mi salud mental en primer lugar. Al final, aprendí mucho sobre mí mismo y sobre lo que es importante para mí. Esta oportunidad para la autorreflexión es el beneficio invisible.

Larry White, Canadá

En el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030* se hace hincapié en la necesidad de que los países promuevan condiciones de trabajo seguras, propicias y decentes para todas las personas, incluidos los trabajadores informales. Además, se recomienda que los países aborden la discriminación en el lugar de trabajo y promuevan

el pleno acceso a la participación laboral de las personas con problemas de salud mental. A pesar de este compromiso, los programas de promoción y prevención de la salud mental relacionados con el trabajo se encontraban entre los menos notificados por los países (35%) en el atlas sobre la salud mental del 2020 (5).

En el 2022, tras extensas revisiones de los datos, la OMS publicará las primeras directrices mundiales sobre salud mental y trabajo. Dichas directrices destacarán la importancia de las estrategias principales para prevenir los problemas de salud mental, que incluyen:

- intervenciones institucionales;
- capacitación de los administradores en materia de salud mental;
- intervenciones dirigidas al personal.

En cada caso, las leyes y regulaciones son importantes para garantizar que estas estrategias, y otras, dirigidas a apoyar al personal con problemas de salud mental, se apliquen de manera eficaz.

Si bien las próximas directrices se basan en los datos más recientes disponibles, todavía hay mucho que aprender sobre lo que funciona, y para quién, cuando se trata de apoyar la salud mental en el trabajo. Es importante la estrecha colaboración entre los empleadores y el mundo académico para reunir pruebas sobre la eficacia de los diferentes enfoques (409). Interactuar con el personal y escucharle para conocer sus puntos de vista acerca de lo que necesita es igual de importante.

Legislación y regulación

A nivel nacional e internacional, en las leyes y regulaciones se fomentan e imponen medidas para promover y proteger la salud mental en el trabajo. Por ejemplo, en el Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores (núm. 155) de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) y su recomendación (núm. 164) se insta a los países a proteger la salud física y mental del personal mediante la formulación y aplicación de políticas nacionales en materia de seguridad y salud en el trabajo. El Convenio supone un

estímulo para que los empleadores integren la salud mental en las políticas de su propio lugar de trabajo y, por lo tanto, es un facilitador clave de las intervenciones institucionales (véase el apartado “Intervenciones institucionales”).

Otras convenciones internacionales también favorecen las intervenciones institucionales para apoyar a las personas con problemas de salud mental. En el artículo 27 de la CDPD, por ejemplo, se exige la protección de los derechos de las personas con discapacidad en la contratación, el empleo y la promoción profesional a través de ajustes en el trabajo (410).

Las empresas pueden ser reticentes a contratar a personas con problemas de salud mental en la suposición errónea de que requieren más recursos, más supervisión, tienen menos iniciativa, no pueden tratar con los clientes o son menos dignas de confianza (411). Las leyes que obligan a prácticas no discriminatorias para toda la fuerza laboral pueden ayudar a defender los derechos de las personas. Sin embargo, cambiar las actitudes estigmatizantes requiere una acción complementaria, por ejemplo, para abordar conceptos erróneos sobre los problemas de salud mental y aumentar el conocimiento de los empleadores acerca cómo hacer ajustes razonables para contratar y apoyar a posible personal con problemas de salud mental.

En el plano nacional, se puede utilizar una amplia selección de leyes y políticas laborales para establecer un entorno propicio para proteger la salud mental del personal (véase el recuadro 6.9, “Promoción de la salud mental en los lugares de trabajo en Filipinas”). Esto incluye regulaciones en materia de violencia y acoso, así como leyes y políticas de salario mínimo, igualdad, salud, seguridad, licencia parental y trabajo flexible.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 6.9

Promoción de la salud mental en los lugares de trabajo en Filipinas

En el 2020, el Departamento de Trabajo y Empleo de Filipinas emitió nuevas pautas para que todos los empleadores del sector privado aplicaran una política y un programa de salud mental en el lugar de trabajo.

Las pautas están consagradas en la legislación a través de diversas leyes gubernamentales y se aplican a todos los lugares de trabajo y establecimientos del sector formal, incluidos los que despliegan trabajadores migrantes filipinos en el extranjero.

Las nuevas pautas obligan a todos los empleadores a establecer y aplicar una política y un programa de salud mental en el lugar de trabajo que:

- aumente la conciencia sobre la salud mental en el lugar de trabajo;

- prevenga la estigmatización y discriminación;
- promueva un modo de vida saludable y el equilibrio entre la vida laboral y personal; y
- apoye al personal con problemas de salud mental y facilite el acceso a los servicios de salud mental.

Las pautas son claras en cuanto a que las políticas y los programas de salud mental en el lugar de trabajo deben ser desarrollados conjuntamente por la dirección y los representantes del personal, y supervisados y evaluados periódicamente. Todos los empleadores deben presentar exámenes anuales de sus políticas y programas al Departamento de Trabajo y Empleo, y quienes que no cumplan con las nuevas pautas pueden recibir una multa.

Fuente: Departamento de Trabajo y Empleo, 2020 (412).

Intervenciones institucionales

Las estrategias institucionales para promover y proteger la salud mental en el lugar de trabajo abarcan intervenciones que modifican las condiciones de trabajo para reducir la exposición del personal a los riesgos para la salud mental. Estos riesgos psicosociales pueden estar relacionados con la naturaleza del trabajo realizado, las características físicas, sociales o culturales del lugar de trabajo, o las oportunidades de desarrollo profesional, entre otras cosas (véase el cuadro 6.4) (413). Estos son riesgos conocidos por afectar negativamente los resultados de salud mental. Por ejemplo, las grandes exigencias laborales, el escaso control, la inseguridad laboral, la escasa justicia relacional y procesal, la

intimidación y el escaso apoyo social en el lugar de trabajo se asocian con una mayor probabilidad de desarrollar problemas de salud mental (20).

La violencia y el acoso en el trabajo, en particular, violan los derechos humanos y pueden causar daños duraderos a la salud mental (414). La violencia y el acoso a menudo son posibles por factores estructurales (por ejemplo, prejuicios de género) que fomentan una cultura negativa en el lugar de trabajo.

La eliminación o mitigación de los riesgos para la salud mental en el trabajo se puede lograr en parte integrando la salud mental en las políticas de seguridad y salud ocupacional

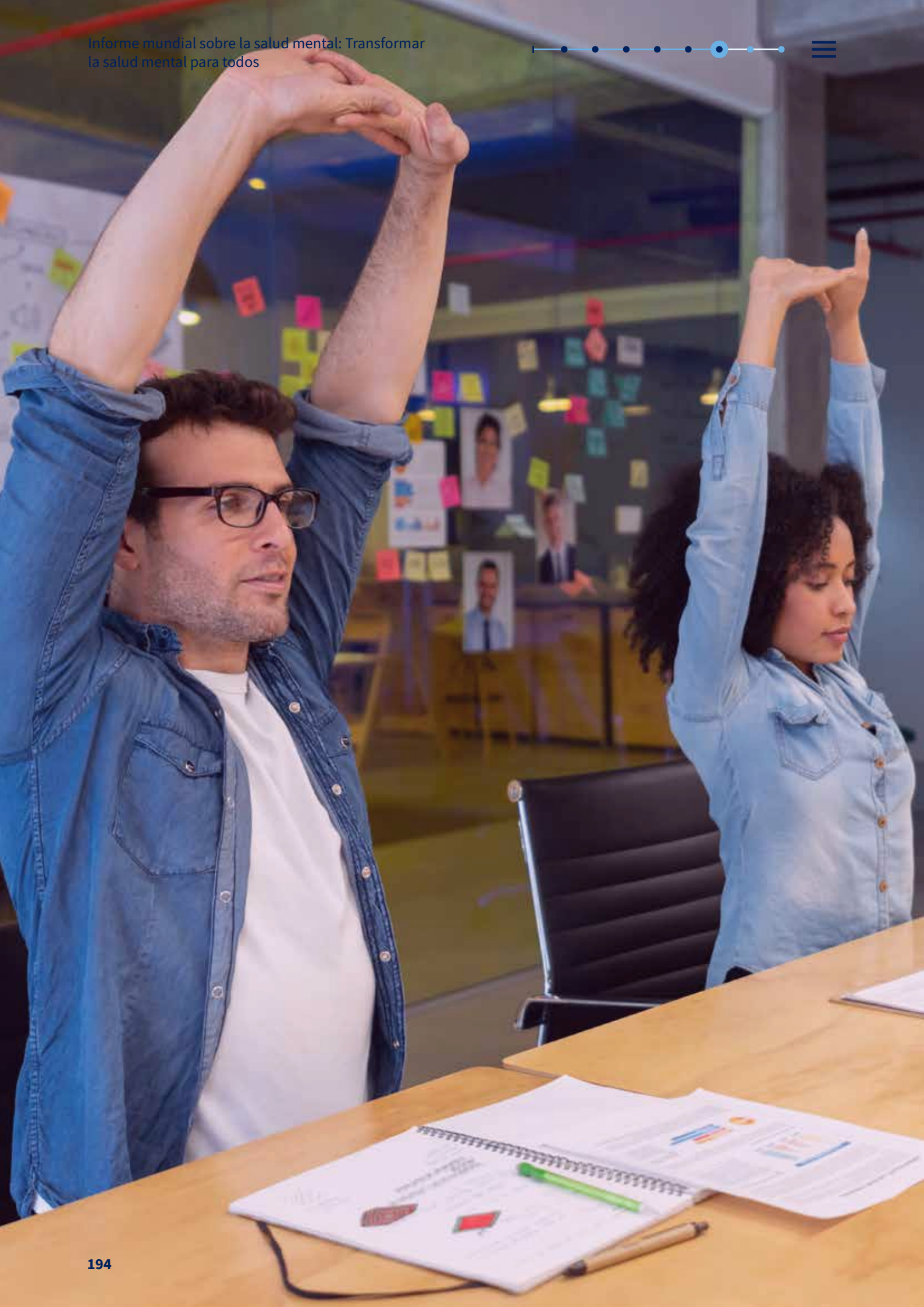
de una organización (véase el recuadro 6.10, “SOLVE: integración de la salud mental en las políticas de seguridad y salud en el lugar de trabajo”). Esta acción ayuda a garantizar que

los empleadores cumplan los requisitos de las normas nacionales e internacionales del trabajo (véase el apartado “Legislación y regulación”).

CUADRO 6.4

Ejemplos de riesgos para la salud mental en el trabajo

POSIBLE RIESGO	EJEMPLOS
Características del trabajo y diseño de las tareas	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de variedad en el trabajo • Subutilización de la calificación o insuficiente calificación para el trabajo • Trabajo inseguro o informal
Carga y ritmo de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Elevadas cargas de trabajo
Horario de trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Largas jornadas laborales • Trabajo por turnos • Horarios inflexibles
Control del trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Falta de control sobre la carga de trabajo • Participación limitada en la toma de decisiones sobre el propio trabajo
Equipo y entorno	<ul style="list-style-type: none"> • Malas condiciones físicas de trabajo
Cultura y función de la organización	<ul style="list-style-type: none"> • Mala comunicación • Objetivos organizativos poco claros • Oportunidades limitadas para el desarrollo personal • Cultura en el lugar de trabajo que favorece la violencia, el acoso, la discriminación o la intimidación
Relaciones interpersonales en el trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Apoyo limitado de supervisores o colegas • Violencia, acoso e intimidación
Discriminación	<ul style="list-style-type: none"> • Cualquier discriminación basada en la identificación de factores como la raza, el origen étnico, la orientación sexual, la identidad de género, la religión o la edad • Discriminación contra los pueblos indígenas, las personas migrantes y las personas con discapacidad, incluidas las discapacidades psicosociales
Función en la organización	<ul style="list-style-type: none"> • Función laboral poco definida dentro de la organización o equipo
Desarrollo profesional	<ul style="list-style-type: none"> • Promoción insuficiente o excesiva • Precariedad laboral • Salarios bajos
Interfaz casa-trabajo	<ul style="list-style-type: none"> • Exigencias en conflicto entre la vida laboral y la vida personal



INSTRUMENTO

RECUADRO 6.10

SOLVE: integración de la salud mental en las políticas de seguridad y salud en el lugar de trabajo

El programa de capacitación SOLVE, elaborado por la OIT, proporciona orientación práctica para gerentes, supervisores y otros miembros sobre cómo integrar la salud mental en las políticas y prácticas de sus organizaciones en materia de seguridad y salud en el lugar de trabajo.

Elaborado para apoyar el Convenio sobre Seguridad y Salud de los Trabajadores de la OIT (núm. 155), el programa de capacitación SOLVE cubre tres objetivos principales para el diseño de políticas y la acción:

- la salud psicosocial, incluido el estrés, la violencia psicológica y física, y los factores económicos de estrés;

- posibles adicciones, incluido el consumo de tabaco, alcohol y drogas; y
- hábitos del modo de vida, incluidos hábitos alimentarios, ejercicio y pautas de sueño saludables.

SOLVE tiene como objetivo proporcionar a los participantes los conocimientos y habilidades que necesitan para integrar cada uno de estos temas en sus propias políticas de seguridad y salud en el lugar de trabajo. Para ello, utiliza un enfoque de diálogo social, en el que participan empleadores, personal, gobiernos, servicios públicos y organizaciones no gubernamentales.

Fuentes: OIT, 2012 (416); Probst et al, 2008 (417).

Las intervenciones institucionales específicas para la salud mental incluyen (418, 419):

- promover modalidades de trabajo flexibles;
- involucrar al personal en la toma de decisiones, por ejemplo, en el diseño de su trabajo, mediante enfoques participativos; y
- modificar la carga de trabajo o los horarios de trabajo para promover y permitir un equilibrio saludable entre la vida laboral y personal.

Las intervenciones institucionales diseñadas para apoyar a las personas con problemas de salud mental también pueden incluir facilitar arreglos razonables, de modo que el personal reciba apoyo para acceder al trabajo o continuar trabajando. En muchos casos, los

programas de empleo subvencionado pueden ser necesarios para crear oportunidades de trabajo competitivo para quienes tienen un riesgo desproporcionado de exclusión, incluidas las personas con problemas graves de salud mental.

En todos los casos, las organizaciones pueden ayudar a fomentar la participación en actividades laborales y garantizar condiciones de trabajo adaptadas a las capacidades y necesidades del personal con problemas de salud mental. Esto puede consistir en permitir horarios flexibles de trabajo, tiempo adicional para completar tareas y tiempo libre cuando sea necesario buscar atención de salud mental (420). Puede incluir el acceso a espacios privados, como un lugar para almacenar medicamentos o un lugar para descansar

cuando sea necesario. Además, puede incluir asegurar relaciones de apoyo con los gerentes y rediseñar los trabajos, por ejemplo, para evitar interactuar con los clientes si el personal encuentra esto excesivamente estresante.

Los esfuerzos para adaptar las condiciones de trabajo también pueden ser beneficiosos para las personas que regresan de una ausencia por problemas de salud mental. Si el personal está de acuerdo, otras partes interesadas (como los prestadores de atención de salud mental) también pueden desempeñar un papel en el apoyo a su regreso al trabajo.

La lucha contra la estigmatización es fundamental para garantizar que el personal que tiene dificultades con su salud mental se sienta apoyado y pueda pedir apoyo adicional si lo necesita, sin temor a las repercusiones o a los prejuicios. De hecho, reducir la estigmatización es vital para el éxito de los esfuerzos para apoyar la salud mental en el trabajo.

Capacitación de los gerentes en materia de salud mental

La capacitación de gerentes y supervisores consiste en reforzar los conocimientos, las habilidades y actitudes y los comportamientos de modo que los gerentes pueden satisfacer mejor las necesidades de salud mental de su personal (421).

La capacitación se puede centrar en apoyar las necesidades específicas de salud mental de los gerentes, por ejemplo, buscar cómo regular las emociones en respuesta a los factores estresantes del trabajo, o bien se puede dedicar a ayudar a los gerentes a detectar y reducir los factores de riesgo relacionados con el trabajo para sus supervisados, por ejemplo, encontrando formas de administrar la carga de trabajo durante los períodos de mucho trabajo.

La capacitación también puede incluir refuerzo de conocimientos sobre salud mental y aprendizaje acerca de cómo identificar y apoyar a los supervisados que pueden estar sintiendo malestar

psicológico. En estos casos, la intención no es que los gerentes se conviertan en prestadores de atención de salud mental. Se trata, en cambio, de favorecer la concientización y respuesta adecuadas, por ejemplo, mediante habilidades de escucha activa y, cuando corresponda, derivación de las personas a fuentes de apoyo dentro o fuera del lugar de trabajo.

Intervenciones dirigidas al personal

Las intervenciones dirigidas al personal a menudo se centran en aumentar la capacidad de afrontamiento para manejar los factores estresantes. Esto incluye el entrenamiento para el abordaje del estrés con enfoques basados en la atención consciente o cognitivo-conductuales, así como estrategias para promover la actividad física de esparcimiento (véase la sección 5.4.4, “Competencias para el autocuidado”). Aumentar la cantidad del apoyo social disponible para los empleados también puede ayudar a las personas a lidiar con una situación estresante mediante la movilización de la resolución grupal de problemas y el funcionamiento positivo del equipo.

Las intervenciones de abordaje del estrés se deben realizar junto con intervenciones institucionales que aborden los riesgos psicosociales y la capacitación de los gerentes.

La evidencia que apoya los enfoques de abordaje del estrés para el personal es clara (422). La facilidad con la que se pueden ofrecer opciones de abordaje del estrés al personal las vuelve populares y atractivas. Sin embargo, para garantizar un enfoque holístico de la salud mental del personal, estas intervenciones se deben realizar como parte de un conjunto integral que también incluya intervenciones institucionales que aborden los riesgos psicosociales y la capacitación de los gerentes. Esto se debe a que un enfoque aislado de intervenciones individuales puede generar un sentido de culpa en las personas que tienen respuestas de estrés comprensibles ante circunstancias laborales difíciles.



7

Reestructuración y ampliación de la atención de salud para lograr un impacto

CUIDADOS COMUNITARIOS
SERVICIOS INTEGRADOS
SERVICIOS DE SALUD MENTAL COMUNITARIOS
SERVICIOS MÁS ALLÁ DEL SECTOR DE LA SALUD

Resumen del capítulo

En este capítulo analizamos las importantes tareas de reestructuración y ampliación requeridas a fin de transformar los servicios de atención de salud mental para que atiendan las necesidades de todas las personas. Hacemos hincapié en la necesidad de contar con un sistema de salud mental en la comunidad, y mostramos la importancia de proporcionar atención centrada en la persona, basada en los derechos humanos y orientada a la recuperación.e.



Los mensajes clave de este capítulo son:

→ La atención de salud mental en la comunidad es más accesible y aceptable que la atención institucional, ayuda a prevenir las violaciones de los derechos humanos y ofrece mejores resultados de recuperación a las personas con problemas de salud mental.

→ Dada la enorme brecha en la atención de los problemas de salud mental comunes, como la depresión y la ansiedad, los países deben diversificar y ampliar la atención, por ejemplo, mediante servicios de asesoramiento psicológico no especializado o de autoayuda digital.

La atención de salud mental en la comunidad comprende una red de servicios interconectados que incluyen los servicios de salud mental integrados en la atención general de salud, los servicios comunitarios de salud mental, y los servicios que prestan atención de salud mental en entornos ajenos a la atención de salud y que apoyan el acceso a los principales servicios sociales.

→ El apoyo social e informal brindado por prestadores de servicios en la comunidad (por ejemplo, compañeros o pares, personal voluntario comunitario y grupos de mujeres) complementa los servicios formales y es vital para asegurar entornos propicios para las

→ personas con problemas de salud mental.

La integración de la salud mental en los servicios de salud generalmente implica compartir tareas con prestadores de atención de salud no especializados, o bien incorporar a la atención primaria y secundaria de salud recursos y personal dedicados a la salud mental.

→ Los hospitales generales y los centros o equipos comunitarios de salud mental a menudo proporcionan la piedra angular de la atención de salud mental en la comunidad y ayudan a combinar los servicios clínicos y el apoyo con la rehabilitación psicosocial.

→ Cuando son factibles, los servicios de asistencia para la vida cotidiana son clave para la desinstitutionalización; estos servicios incluyen una combinación de establecimientos con diferentes niveles de asistencia para diferentes niveles de dependencia.

Complementar las intervenciones de salud con servicios sociales clave, como la protección de la infancia y el acceso a la educación, el empleo y los beneficios sociales, es esencial para que las personas con problemas de salud mental puedan alcanzar sus objetivos de recuperación y tener una vida más satisfactoria y plena.



En el núcleo de la reforma de la salud mental en la mayoría de los países se encuentra una importante reorganización de los servicios de salud mental. La tarea consiste en cambiar simultáneamente el lugar de la atención prestada a los problemas graves de salud mental de modo que, en vez de prestarse en las instituciones, se preste en las comunidades, al tiempo que se amplía la disponibilidad de atención para enfermedades comunes como la depresión y la ansiedad. Ambas estrategias son fundamentales para mejorar la cobertura y la calidad de la atención de salud mental.

Cada distrito, provincia, prefectura, región, ciudad importante u otra división administrativa importante (aquí llamada “distrito”) debe tener una red de servicios de salud mental comunitarios accesibles para proporcionar una plataforma interconectada a fin de atender a las personas que sufren una gran variedad de

problemas de salud mental. Esta red también debe estar en condiciones de ayudar a atender las necesidades sociales y económicas más amplias de las personas con problemas de salud mental, lo que significa que la red debe establecerse y proporcionarse en estrecha colaboración con múltiples sectores e interesados directos (423).

En este capítulo se analiza lo que significa en teoría la atención de salud mental integral en la comunidad y la forma en que podría verse en la práctica. Reseñamos algunos de los principios en los que se basa la idea, consideramos cada uno de sus componentes principales y mostramos ejemplos de la práctica de todo el mundo. No todos los ejemplos representan necesariamente la mejor solución para todos los contextos. Más bien, cada país tendrá que considerar lo que es factible y adecuado dependiendo de sus propias realidades, capacidades y necesidades.

7.1 Comprender la atención de la salud mental en la comunidad

Las discusiones sobre la reforma de los servicios a menudo se confunden por la falta de un lenguaje común. La OMS utiliza la expresión “atención de la salud mental en la comunidad” para cualquier atención de salud mental que se preste fuera de un hospital psiquiátrico. Esto incluye los servicios disponibles a través de la atención primaria de salud, programas de salud específicos (por ejemplo, clínicas de servicios relativos a la infección por el VIH), hospitales generales regionales o distritales, así como servicios sociales pertinentes. También incluye una serie de servicios comunitarios de salud mental, incluidos centros y equipos comunitarios de salud mental, programas de rehabilitación psicosocial y establecimientos residenciales en pequeña escala, entre otros.

7.1.1 Poner a las personas en primer lugar

La OMS ha defendido firmemente durante mucho tiempo la atención de salud mental en la comunidad como una alternativa a la atención institucional (1, 23). Mediante el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030*, los países se han comprometido a duplicar el número de establecimientos comunitarios de salud mental para el 2030.

En comparación con la atención institucional, la atención de salud mental en la comunidad se reconoce ampliamente por:



- **Aumentar la accesibilidad.** La atención en la comunidad significa que las personas pueden acceder a servicios más cerca de su hogar, lo que elimina los costos potencialmente prohibitivos que acarrea buscar atención en lugares distantes y hace que los servicios sean más accesibles. También permite el tratamiento en un entorno familiar, en el que las personas pueden mantener redes de apoyo, relaciones, amistades y actividades laborales, educativas y de otro tipo mientras reciben atención, lo que facilita la recuperación (424).
- **Reducir la estigmatización.** La atención en la comunidad puede ayudar a cambiar las actitudes en torno a los problemas de salud mental para disminuir la exclusión social de los afectados y aumentar las probabilidades de que busquen ayuda (425).
- **Proteger mejor los derechos humanos.** La atención en la comunidad reduce las probabilidades de reclusión, restricción, negligencia por sobremedicación y maltrato que son especialmente comunes en entornos institucionales. La atención en la comunidad también es importante para reducir la discriminación y aplicar los derechos de las personas a la libertad, la participación y la inclusión en su comunidad (23).
- **Mejorar los resultados.** La atención en la comunidad es más eficaz que la atención en instituciones para atender las preferencias de las personas, apoyar la reintegración en la comunidad y mejorar la calidad de vida (426).

Cuando se trata de llevar a la práctica la atención en la comunidad, la OMS subraya la necesidad de adoptar un enfoque centrado en la persona y basado en la recuperación que asegure que todas las personas tengan acceso a una gama de servicios y apoyo, desde la promoción y la prevención hasta el tratamiento y la rehabilitación. Por lo tanto, la atención debe coordinarse entre diferentes niveles y sitios dentro y fuera del sector de la salud, de acuerdo con las necesidades de las personas en el curso de su vida (427).

Un enfoque basado en el curso de la vida es especialmente importante para centrarse en etapas, transiciones y entornos críticos en los que diferentes intervenciones pueden ser particularmente relevantes (véase la [sección 2.1.3](#), “La salud mental a lo largo de la vida”). Los servicios de salud mental suelen centrarse en las personas adultas y no en la población infantil y adolescente o las personas mayores, a pesar de que estas son etapas críticas de la vida para la salud mental.

Atención centrada en la persona

En todos los casos, la atención de salud buena y de apoyo en la comunidad se organiza en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas, no a las enfermedades. Esta atención centrada en la persona involucra a las personas, las familias y las comunidades como participantes activas en la atención, y no como receptoras pasivas de esta. Adopta conscientemente las propias perspectivas y prioridades de las personas y responde a ellas de manera humana y holística (427). Por lo tanto, busca entender y respetar la comprensión cultural que tienen las personas respecto de la salud mental y asegurar que los prestadores de servicios de atención de salud mental participen en conversaciones significativas sobre las necesidades y preocupaciones de las personas (428).

Es importante destacar que la atención centrada en la persona fomenta un enfoque más holístico para detectar y atender las necesidades generales de salud de una persona en lugar de centrarse en una afección o enfermedad en particular. Esto es especialmente valioso para las personas con múltiples necesidades o enfermedades.

En todos los casos, la atención de salud buena y de apoyo en la comunidad se organiza en torno a las necesidades y expectativas de salud de las personas, no a las enfermedades.

TESTIMONIO

El acceso a una atención de buena calidad me puso en el camino que me llevó a mi recuperación



La experiencia de Claudia

En mi experiencia, la atención de salud mental de buena calidad se trata de una comprensión recíproca: descubrir los problemas subyacentes y encontrar soluciones centrándose en las necesidades únicas de la persona.

En pocas palabras, mi viaje se resume en dos ingresos voluntarios, un enfoque multidisciplinario claro de tratamiento, tratamiento hospitalario y ambulatorio, y terapia continua. Ambas hospitalizaciones fueron terribles. La primera vez tuve miedo de haber decidido a sabiendas someterme a un tratamiento del que no sabía mucho. La segunda vez sabía más acerca de la salud mental, pero todavía no estaba segura de qué esperar. Paredes blancas, largas filas, monitoreo constante, horarios de visita estrictos: todo era nuevo e intimidante.

Durante mi segunda hospitalización, tuve sesiones diarias con profesionales capacitados, así como trabajo en grupo en el que recibí información sobre mi diagnóstico, lo que significa tener un problema de salud mental y lo que podía hacer para ayudarme

a mejorar. Ofrecían otras clases opcionales sobre meditación, ejercicios de respiración y terapia artística y artesanal. Fue esta atención de salud mental la que me puso en mi camino hacia la recuperación.

Después del alta, quería ayudar a las personas de la misma manera en que los profesionales de la salud y el tratamiento centrado en la persona me habían ayudado a mí. Cursé una carrera en psicología y hoy soy asesora certificada de bienestar y directora ejecutiva adjunta en una organización internacional que reúne experiencias propias en materia de salud mental.

Tener con un problema de salud mental no te hace menos persona, ni implica quitarte la capacidad de funcionar de manera óptima. Con los sistemas de atención de salud adecuados, creo que muchas más personas como yo pueden recibir ayuda en todo el mundo. Con las habilidades y los instrumentos adecuados, todas las personas podemos prosperar en la vida y alcanzar nuestro máximo potencial.

Claudia Sartor, South Africa

En la práctica, la atención centrada en la persona significa, entre muchas otras cosas:

- respetar plenamente los derechos humanos y sus valores personales;
- tener en cuenta y respetar las preferencias de tratamiento y las necesidades expresadas de las personas;
- coordinar e integrar la atención en todos los servicios y lugares;
- involucrar a las personas en la planificación y la prestación de la atención que reciben;
- cerciorarse de que las personas estén físicamente cómodas y en condiciones seguras;
- proporcionar intervención y apoyo cuando sea necesario.



Respecto de la población infantil y adolescente, la atención centrada en la persona suele orientarse a la familia, a la vez que involucra a los cuidadores en las decisiones y la atención según sea necesario, y se respeta al mismo tiempo la autonomía en evolución de los adolescentes mayores. En todas las edades, la aplicación de la atención centrada en la persona depende de que las personas tengan la información y el apoyo que necesitan para tomar decisiones y participar en su propia atención (427).

La atención centrada en la persona puede tener beneficios duraderos para las personas, las comunidades, el personal de salud e incluso para todos los sistemas de salud (429). Puede aumentar la confianza y la experiencia y mejorar los resultados que las personas obtienen de la atención (véase la experiencia de Claudia). La atención centrada en la persona también puede mejorar el acceso a la atención y fortalecer los conocimientos básicos en materia de salud y las habilidades de toma de decisiones que promueven la independencia. Puede aumentar la confianza y la satisfacción en el empleo de los profesionales de la salud, y puede mejorar la calidad y la eficacia de los sistemas de salud.

Atención orientada a la recuperación

La recuperación se acepta ampliamente como un aspecto importante de la atención centrada en la persona en los servicios comunitarios de salud mental, incluidos los diseñados para personas con problemas graves de salud mental como la esquizofrenia (430).

El término recuperación solía definirse en gran medida en términos clínicos para expresar una remisión de los síntomas junto con un mejor funcionamiento cognitivo, social y ocupacional. No obstante, las personas con experiencia propia han cuestionado durante mucho tiempo la suposición de que tener un problema de salud mental significa que no se puede llevar una vida productiva y satisfactoria, argumentando que

la recuperación puede ocurrir incluso cuando los síntomas persisten. En este contexto, la idea de recuperación personal surgió para describir una forma de tener una vida satisfactoria, esperanzadora y que contribuye a pesar de las limitaciones que sufrir problemas de salud mental puede imponer (431).

Desde una perspectiva de derechos humanos, la recuperación se centra en el derecho a participar en todas las facetas de la vida en igualdad de condiciones con todas las demás personas (432).

La atención orientada a la recuperación no se trata del tratamiento de los síntomas, sino del empoderamiento de las personas para que tengan el control de su propia vida.

En la práctica, la atención orientada a la recuperación incluye elementos de recuperación personal y social. Puede significar diferentes cosas para diferentes personas. Lo importante es que la atención orientada a la recuperación no se trata del tratamiento de los síntomas, sino del empoderamiento de las personas para que tengan el control de su propia vida (430). Implica apoyar a las personas para que encuentren esperanza, desarrollen autoestima y resiliencia, establezcan relaciones saludables, recuperen la independencia y lleven una vida que tenga significado para ellas, ya sea a través del aprendizaje escolar, la capacitación vocacional, el trabajo, las amistades, el compromiso comunitario, la espiritualidad u otra cosa (23).

La atención eficaz orientada a la recuperación a menudo se caracteriza por:

- **La planificación de la recuperación.** Se orienta a las personas para que expresen cuáles son sus expectativas y objetivos y describan cómo quieren vivir su vida, por ejemplo, escribiendo un plan de recuperación, teniendo en cuenta todos los aspectos de su vida,



como las relaciones, el trabajo y la educación (321). Respecto de la población adolescente, la planificación de la recuperación incluye reconocer y respetar sus capacidades en evolución para hacer planes de recuperación por sí mismos (432).

- **El apoyo al autocuidado.** Las personas reciben apoyo para desarrollar las habilidades y la confianza que necesitan para reconocer y manejar las repercusiones físicas, sociales y emocionales que tiene un problema de salud mental. El apoyo a la autocuidado incluye, por ejemplo, psicoeducación sobre la enfermedad y su tratamiento, reconocimiento de los signos de alerta temprana de recaída y elaboración de un plan de prevención de recaídas; y el fortalecimiento de las habilidades de afrontamiento para hacer frente a los síntomas persistentes (433). La evidencia indica que el apoyo a la autocuidado puede mejorar los resultados para los pacientes que sufren problemas graves de salud mental (434). También es relativamente sencillo en comparación con otras intervenciones terapéuticas y se puede proporcionar en todos los ámbitos y de diversas maneras.
- **La coordinación multisectorial.** Los servicios se coordinan entre los sectores de la salud, la asistencia social y otros sectores de la atención, incluida la protección de la infancia. El objetivo es atender simultáneamente las necesidades múltiples de las personas que tienen problemas de salud mental.

Atención basada en los derechos humanos

La CDPD exige que los gobiernos proporcionen a las personas con discapacidad acceso a servicios de salud mental de calidad que respeten sus derechos y dignidad. Esto significa que los servicios de salud mental no solo deben ser asequibles, estar disponibles, centrarse en la persona, orientarse a la recuperación y basarse en la evidencia, entre otras características, sino

que también deben promover la autonomía, la capacidad jurídica (igual reconocimiento ante la ley), la ausencia de coacción, la confidencialidad, la participación y la inclusión comunitaria.

Respetar la autonomía de las personas puede ser difícil, pero los ejemplos de casos de buenas prácticas demuestran que es posible (véase la [sección 4.2.3, “Autonomía en la toma de decisiones en materia de salud”](#)) (23). Por ejemplo, los servicios están introduciendo cada vez más directivas o planes anticipados que permiten a las personas indicar lo que quieren que suceda en caso de crisis (203). Los planes anticipados pueden abarcar muchos temas, que incluyen cuándo y cómo ejecutarlos, a quién contactar para apoyar en la adopción de decisiones y qué tratamiento es aceptable o no aceptable, entre otras cosas (205).

Del mismo modo, los servicios deben y pueden progresar mucho en la atención que involucra plenamente a la persona en su plan de atención. Las personas sometidas a atención sin su consentimiento informan que se sienten deshumanizadas y que experimentan efectos a largo plazo en su bienestar mental (véase [la experiencia de Sandra](#) y [la de Alexandra](#) que aparecen en el capítulo 4). Las prácticas coercitivas socavan la confianza que las personas tienen en el personal de servicios de salud mental, lo que las hace evitar la atención de salud mental (23). Todos los servicios pueden y deben promover prácticas no coercitivas (véase el [recuadro 7.1, “Promoción de las prácticas no coercitivas”](#)).

A lo largo de este capítulo, utilizamos estudios de casos de todo el mundo para ilustrar cómo es la atención en la comunidad en la práctica y cómo esta se puede lograr mediante la reforma de la atención de salud mental. No todos los ejemplos presentados aquí están a la altura de todos los aspectos de la atención centrada en la persona, orientada a la recuperación y basada en los derechos humanos en su totalidad, pero todos ellos representan progresos en la atención.

INSTRUMENTO

RECUADRO 7.1

Promoción de las prácticas no coercitivas

Además de cambiar las leyes y las políticas, la OMS describe varias acciones como clave para promover prácticas no coercitivas:

1. Informar al personal de servicios acerca de las diferencias de poder, las jerarquías y cómo estas pueden conducir a la intimidación, el miedo y la pérdida de confianza.
2. Ayudar al personal a comprender qué se consideran prácticas coercitivas y las consecuencias que tiene su aplicación.
3. Impartir capacitación sistemática a todo el personal sobre respuestas no coercitivas a situaciones de crisis, incluidas las estrategias de distensión y la buena comunicación.
4. Apoyar la planificación individualizada, incluidos

los planes para situaciones de crisis y las voluntades anticipadas.

5. Modificar los entornos físicos y sociales para crear un ambiente acogedor, incluso mediante el uso de salas de confort y equipos de respuesta para evitar o afrontar y superar conflictos o situaciones difíciles.
6. Establecer mecanismos eficaces de reclamo para recibir y atender las quejas y aprender de estas, incluso realizando una reunión informativa después de haber usado cualquier tipo de coerción.
7. Reflexionar sobre la función que desempeñan en la coerción todos los interesados directos, incluidos el sistema de justicia, la policía, el personal de salud en general y la comunidad en general, y cambiar dicha función cuando proceda.

Fuentes: OMS, 2021 (23); OMS, 2019 (435).

7.1.2 Una combinación de servicios y apoyo

Las necesidades de atención de salud mental de las personas varían enormemente. Algunas personas pueden manejar sus problemas de salud mental por sí mismas, especialmente con el apoyo de prestadores de atención comunitarios como miembros de la familia, grupos de apoyo entre pares, organizaciones religiosas o trabajadores comunitarios (318). Muchas otras necesitarán intervenciones formales para apoyar su recuperación, que generalmente se ofrecen a través de diversos servicios diurnos. Algunas personas presentarán síntomas agudos que requieren atención de pernocta a corto plazo con

atención de seguimiento en la comunidad. Solo raras veces las personas tienen enfermedades que requieren atención altamente especializada o a largo plazo durante todo el día, que debería ser en la comunidad, por ejemplo, en hospitales generales o en establecimientos residenciales comunitarios. La población infantil, adolescente y adulta y las personas mayores posiblemente necesiten servicios diferentes o adaptados.

Todos los países tendrán que organizar el acceso a la atención especializada a nivel distrital o a un nivel equivalente.

Muchas personas que tienen problemas de salud mental también requieren ayuda para acceder a servicios sociales clave como vivienda, empleo,

educación y bienestar. Además, toda persona con problemas de salud mental posiblemente necesite diferentes tipos de servicios y apoyo en diferentes momentos de su vida (436).

Todos los países tendrán que organizar el acceso a la atención especializada a nivel distrital o a un nivel equivalente.

La atención eficaz de salud mental en la comunidad incluye una combinación cuidadosa de servicios y apoyo que pueden responder a todas esas necesidades (437). También asegura la continuidad de la atención entre diferentes servicios y apoyo, especialmente para las personas que tienen necesidades complejas o requieren atención continua, como es común en la esquizofrenia. Para cada persona, el objetivo es evitar rupturas o brechas en el apoyo proporcionado.

En la práctica, un sistema de salud mental en la comunidad puede describirse ampliamente como una red de servicios interconectados que generalmente incluye una combinación de lo siguiente (véase la figura 7.1):

- **Servicios de salud mental integrados** en la atención general de salud, en los centros de atención primaria y en los hospitales generales, incluso en los programas de salud específicos existentes (por ejemplo, para la atención relativa a la infección por el VIH).
- **Servicios comunitarios de salud mental** que se centran en atender las necesidades de las personas con problemas de salud mental y de sus familias, y que posiblemente incluyen centros o equipos comunitarios de salud mental, así como servicios de apoyo entre pares, programas de rehabilitación psicosocial y, cuando sea posible, asistencia para la vida cotidiana prestada en establecimientos residenciales de pequeña escala. Estos servicios siguen siendo muy escasos en los países de ingresos bajos.
- **Servicios que no se limitan al sector de la salud** que prestan atención de salud mental en

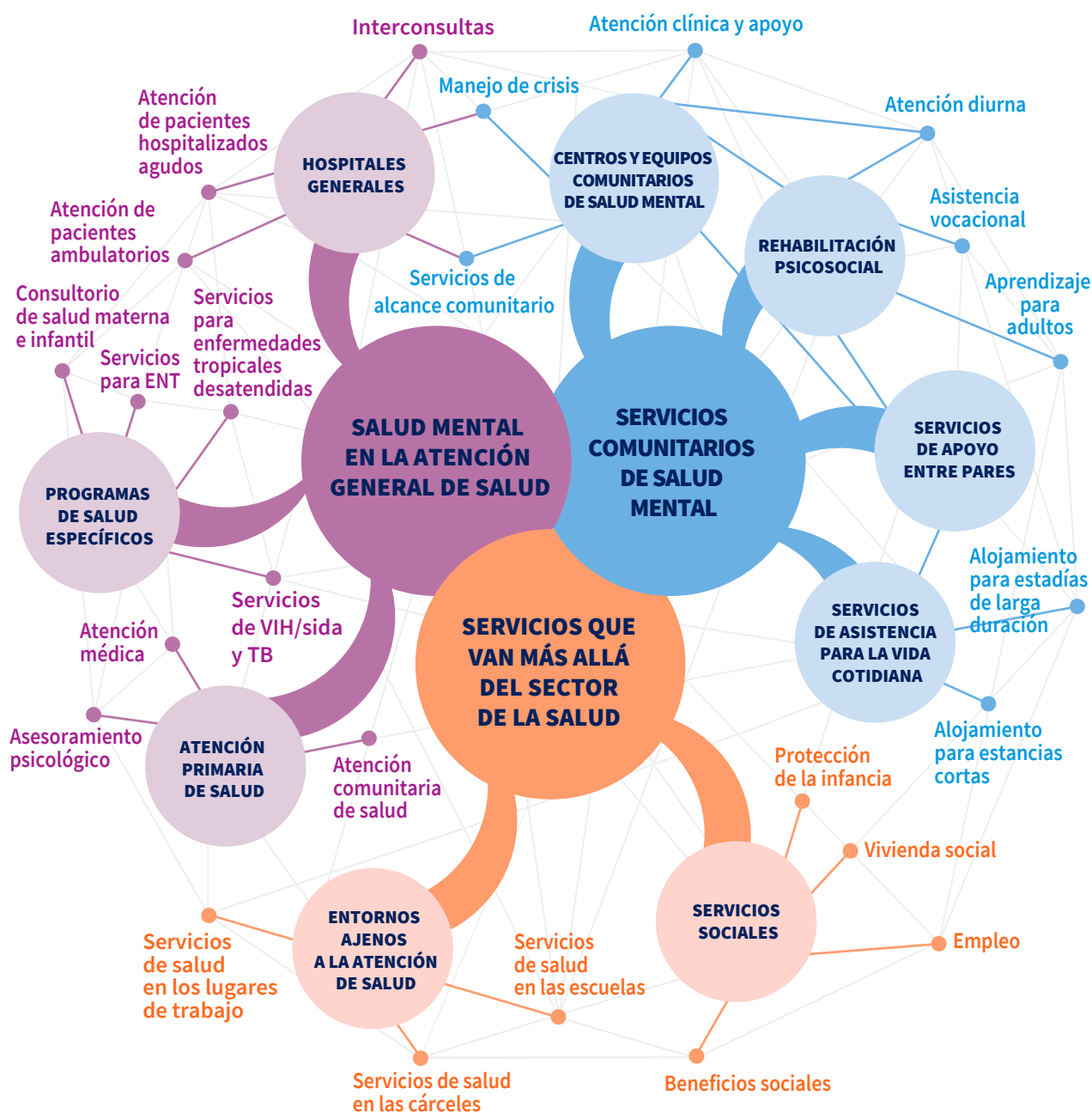
entornos ajenos a la atención de salud, como escuelas, lugares de trabajo y prisiones; y que apoyan el acceso a servicios sociales clave como vivienda, educación, empleo, beneficios sociales y ayuda para la subsistencia.

En la figura 7.1 se presenta una red integral de servicios formales interconectados. Esto no puede lograrse sin recursos suficientes, y es poco probable que los países de ingresos bajos estén en condiciones de contar con una red tan amplia de servicios en un futuro próximo. En general, la mayoría de los países deben decidir primero qué servicios han de establecer o fortalecer. Por lo tanto, variará la forma en que se establecen y se organizan en la práctica las redes de servicios para la salud mental. Con razón, casi todos los países otorgan a la atención primaria de salud un papel clave en el apoyo a las personas con problemas de salud mental. Sin embargo, todos los países, incluidos los de ingresos bajos, también tendrán que organizar el acceso a alguna forma de atención especializada en salud mental a nivel distrital o a un nivel equivalente.

Algunos países ofrecen atención especializada mediante el establecimiento de centros o equipos comunitarios de salud mental, o mediante la incorporación de personal de enfermería comunitaria de salud mental a la atención primaria de salud. Muchos otros ofrecen estos servicios en los hospitales generales a nivel distrital. Los países de mayores recursos tienden a combinar múltiples tipos de servicios especializados. Como se describe en el capítulo 5, “Bases para lograr el cambio”, cuando los países de escasos recursos no tienen suficientes especialistas para prestar esos servicios a nivel distrital, deben considerar estrategias para subsanar esta deficiencia. Esto puede ser, por ejemplo, mediante la introducción y formación de nuevos grupos de profesionales que puedan, por el momento, sustituir a los profesionales de la psiquiatría y al personal de psicología clínica o de enfermería psiquiátrica (véase el recuadro 5.11, “Innovaciones en recursos humanos para desarrollar conocimientos especializados”).

FIG. 7.1

Red modelo de servicios de salud mental basados en la comunidad



En general, no hay un modelo único para organizar los servicios de salud mental en la comunidad que se aplicará en todos los contextos nacionales. Sin embargo, todos los países, sean cuales fueren sus limitaciones en materia de recursos, pueden adoptar medidas para reestructurar y ampliar la atención de salud mental. Las diferencias en

las estructuras del sistema de salud, los recursos humanos y los legados de los servicios de salud mental preexistentes influirán en la configuración exacta de las redes de servicios; y es necesario tener en cuenta las diferencias geográficas, los medios de acceso a los servicios, la alfabetización y los sistemas de apoyo social e informal locales.

Más allá de los servicios formales

Más allá de los servicios formales descritos en la figura 7.1, los sistemas de apoyo comunitario en particular son un aspecto importante que debe considerarse en el establecimiento de redes de atención de salud mental en la comunidad. Estos sistemas incluyen el apoyo psicosocial proporcionado por una amplia gama de prestadores comunitarios de atención, que incluyen familiares, amistades, pares o compañeros, líderes comunitarios y religiosos, personal voluntario comunitario, docentes, peluqueros, grupos de mujeres, clubes juveniles y profesionales tradicionales y complementarios.

El apoyo social e informal complementa los servicios formales y son vitales para asegurar entornos de

apoyo para las personas con problemas de salud mental (véase [la experiencia de Eleni](#)). Según una encuesta mundial del 2020, hablar con cuidadores naturales (es decir, amistades y familiares) es el método más común que las personas usan para aliviar la depresión o la ansiedad (150).

Como se señala en otra parte de este informe, las personas con experiencia propia pueden desempeñar un papel importante en el apoyo a otras personas que sufren problemas de salud mental, la defensa de sus derechos y perspectivas, la promoción de su inclusión social y la prestación de servicios (véase el apartado “Primer plano: ” en el capítulo 4 y la sección 7.3.2, “Servicios de apoyo entre pares”) (438). En la mayoría de los países muchas personas

TESTIMONIO

Mis familiares son mis trabajadores de atención comunitaria

La experiencia de Eleni

Tengo trastorno bipolar y vivo en Etiopía, donde hasta hace poco no se disponía de opciones terapéuticas que no fueran solo medicamentos. Hace diez años, la atención de salud mental la proporcionaban unos pocos profesionales de la psiquiatría que tenían que racionar sus servicios para una larga fila de personas. No existía ningún otro tipo de tratamientos; ni siquiera los reconocía el sistema de salud del país.

Para mí, mis familiares son mis trabajadores de atención comunitaria. Tengo el privilegio de que mi padre y mi madre tienen formación médica, y una hermana y un esposo que son asistentes sociales.

El hecho de que crean en mí ha sido un gran apoyo en mi viaje a la recuperación. La inversión en mi atención de salud mental nunca se ha considerado como un esfuerzo ni como un recurso desperdiciado en mi familia. Su empatía y su apoyo emocional y financiero me ayudaron a superar mis propias limitaciones y autoestigmatización.

Durante el tiempo en que no había servicios de asesoramiento para la salud mental en la ciudad, mi familia llenó el vacío gentilmente, y siguen haciéndolo hoy. No habría llegado tan lejos en mi camino a la recuperación si mi familia no me hubiera apoyado en el camino.

Eleni Misganaw, Etiopía

consultan con líderes religiosos y especialistas en medicina tradicional y complementaria. Sus creencias y prácticas varían ampliamente de un entorno a otro, al igual que su eficacia (439). Los curanderos tradicionales a veces aplican prácticas altamente nocivas (440), pero suelen ser el primer punto de contacto para las personas con problemas de salud mental, que ven su aporte como significativo y probablemente útil (441). Asimismo, es probable que haya muchas ocasiones en las que sea posible una colaboración fructífera entre los servicios de salud y los curanderos locales. De hecho, un amplio ensayo controlado aleatorizado que se llevó a cabo en Ghana y Nigeria demostró la eficacia y la relación costo-eficacia de un modelo de atención compartida para la psicosis aplicado por curanderos locales y prestadores de atención primaria de la salud (442).

Paralelamente al desarrollo de una red de servicios formales, todos los países deberían establecer un entorno adecuado para los prestadores comunitarios de servicios. Con ese fin, los gobiernos deben poner recursos (por ejemplo, fondos y espacios) a disposición de iniciativas comunitarias que puedan activar y fortalecer el apoyo comunitario útil para las personas con problemas de salud mental.

Planificación a nivel nacional y local

Las redes de servicios integrales y cohesivas requieren una planificación y gestión cuidadosas en múltiples niveles (443). Las autoridades, las direcciones o los departamentos nacionales de salud mental, que supervisan y coordinan las políticas y la legislación nacionales, desempeñan un papel fundamental (444). Estas autoridades asesoran al gobierno central y pueden ayudar a priorizar los asuntos de salud mental a nivel nacional. También elaboran normas de calidad y de prestación de servicios y recopilan datos nacionales sobre todos los servicios de salud mental. Llevan a cabo el seguimiento y la evaluación y pueden facilitar el intercambio de

buenas prácticas entre regiones. Se mantienen al día con los avances internacionales en el ámbito de la salud mental y participan en foros internacionales, llevando al país las enseñanzas extraídas. Una autoridad de salud mental puede ser considerada responsable de lograr (o no lograr) mejoras y desarrollo en materia de salud mental en el país.

Las autoridades locales de salud mental planifican los servicios para una zona geográfica particular, como un distrito, teniendo en cuenta las diferencias locales en el contexto y la disponibilidad de recursos humanos y de otro tipo. La planificación local facilita la participación de los interesados directos locales, incluidas las personas con experiencia propia, y permite a los usuarios del servicio hacer que los planificadores locales rindan cuentas (445).

Ya sea a nivel nacional o local, la planificación y aplicación de servicios de salud mental debe determinar y presupuestar una variedad adecuada de servicios de salud mental, sobre la base de las necesidades evaluadas, las prioridades y los recursos disponibles en la población, incluido el personal capacitado (véase la [figura 7.2](#)).

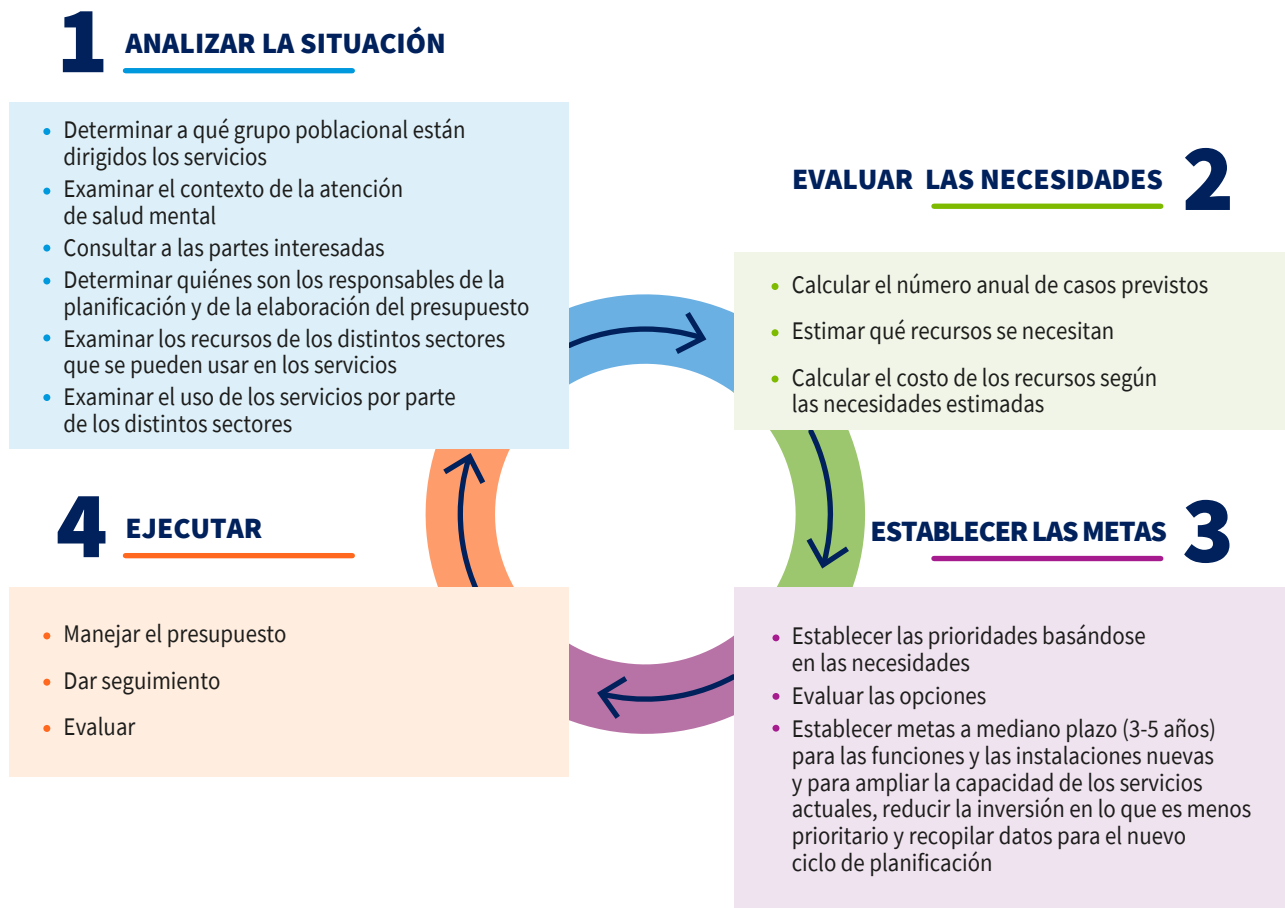
Servicios de salud mental integrados y específicos

Las redes de servicios para la salud mental siempre incluirán algunos servicios que combinan la atención de salud física y mental en el punto de prestación de atención (servicios integrados) y algunos servicios que son exclusivamente de salud mental (servicios específicos).

Los servicios integrados incluyen intervenciones de salud mental que se prestan como parte de la atención general de salud, principalmente en establecimientos de atención primaria y hospitales generales. La integración asegura que dondequiera que se presten servicios de salud física, también se disponga de atención de salud mental.

FIG. 7.2

Servicios de salud mental: pasos en la planificación y en la elaboración de presupuestos



Fuente: adaptado de OMS, 2003 (443).

Los servicios específicos abarcan cualquier servicio diseñado especialmente para apoyar la salud mental. Incluyen, por ejemplo, unidades psiquiátricas para pacientes hospitalizados y ambulatorios en hospitales generales, centros o equipos comunitarios de salud mental, servicios de alcance comunitario de salud mental, centros de atención diurna, servicios para la gestión de crisis de salud mental y muchos otros servicios en el nivel de atención secundaria del sistema de salud.

Los servicios específicos a menudo se describen como de derivación o de atención especializada en los conjuntos de servicios para la cobertura universal de salud (446). No obstante, en realidad, pueden ser más amplios porque algunos servicios

específicos (como los servicios de salud mental para la gestión de crisis) deberían ser accesibles sin derivación, y otros (como el asesoramiento psicológico lego) pueden ser prestados por trabajadores comunitarios que han sido capacitados y supervisados, pero que no pueden ser considerados especialistas porque carecen de formación superior.

En todos los casos, al planificar la atención de salud mental y elaborar conjuntos de servicios para cobertura universal de salud, la pregunta general nunca debe ser si los servicios deben ser integrados o específicos, sino más bien cómo proporcionar ambos servicios. Es poco probable que invertir para integrar la salud mental en la atención primaria sea sostenible a menos que existan servicios de salud mental específicos que puedan apoyar, asesorar



y supervisar al personal de atención primaria y aceptar derivaciones para casos complejos. Es poco probable también que las inversiones en servicios específicos de salud mental por sí solos permitan o mejoren la atención para la gran mayoría de las personas que la necesitan debido a la alta prevalencia de problemas de salud mental.

Responsabilidades multisectoriales

La responsabilidad de prestar atención de salud mental en la comunidad, ya sea mediante servicios integrados o especializados, se extiende a múltiples sectores.

El ministerio o departamento de salud es responsable de prestar servicios de salud mental en la atención general de salud y la mayoría de los servicios comunitarios de salud mental, pero otras responsabilidades no están tan claramente definidas.

Por ejemplo, en los países que ofrecen servicios de asistencia para la vida cotidiana y apoyo económico a personas con problemas graves de salud mental, estos servicios y este apoyo posiblemente estén, o no, incluidos en el ámbito del ministerio de salud. Del mismo modo, la prestación de servicios de salud mental en las escuelas puede corresponder al ministerio de salud o de educación, y muchos otros servicios psicosociales y de salud mental en la comunidad, como los dirigidos específicamente a las víctimas de violencia de género, personas sin hogar y niños y niñas en centros de cuidado, generalmente los presta el ministerio de bienestar social. Además, en varios países, otros ministerios son responsables de grandes instituciones a largo plazo que son asilos *de facto* para personas con problemas de salud mental, trastornos por consumo de sustancias psicoactivas y discapacidades cognitivas, intelectuales y psicosociales.

Es importante decidir qué sector asume la responsabilidad de qué servicio, pero aún más importante es asegurar que exista un espectro completo de servicios comunitarios, accesibles, asequibles y de calidad, que

existan mecanismos sólidos de colaboración y coordinación multisectorial para lograrlo, y que la atención institucional a largo plazo se elimine estratégicamente en todos los sectores.

También es importante incluir a los interesados directos pertinentes. En muchos países, las organizaciones no gubernamentales locales son importantes prestadoras de servicios sociales y de salud mental en la comunidad. Estos servicios pueden ser encargados por el gobierno o establecidos de forma independiente. A los servicios independientes dirigidos por organizaciones no gubernamentales a menudo les resulta más fácil adaptarse a las necesidades cambiantes e innovar que a los servicios gubernamentales, pero, al igual que los servicios gubernamentales, aún requieren supervisión regulatoria.

7.1.3 Desinstitucionalización de la atención de salud mental

En la mayoría de los países, el establecimiento de redes de servicios eficaces para la salud mental se basa en la desinstitucionalización provechosa de la atención de salud mental que se aleje de la atención de custodia en hospitales psiquiátricos o asilos y se dirija hacia la atención en la comunidad, para todas las edades. La desinstitucionalización es igualmente importante para las instituciones tradicionales, como los campamentos de oración (440); también se aplica a cualquier otra institución de atención de custodia administrada por organizaciones benéficas o gubernamentales que opere como asilo para personas con problemas graves de salud mental.

La desinstitucionalización no es lo mismo que dar de alta a las personas de las instituciones. La desinstitucionalización es un proceso complejo y difícil desde el punto de vista técnico y organizativo que a menudo es gradual y rara vez lineal. Es más que un proceso que debe administrarse bien. Requiere transformar la vida y la mentalidad de todos los implicados. La desinstitucionalización responsable pone en práctica una visión

compartida para humanizar la atención de salud mental, basada en la comprensión de la importancia que tiene la comunidad, la libertad y la autonomía para todas las personas.

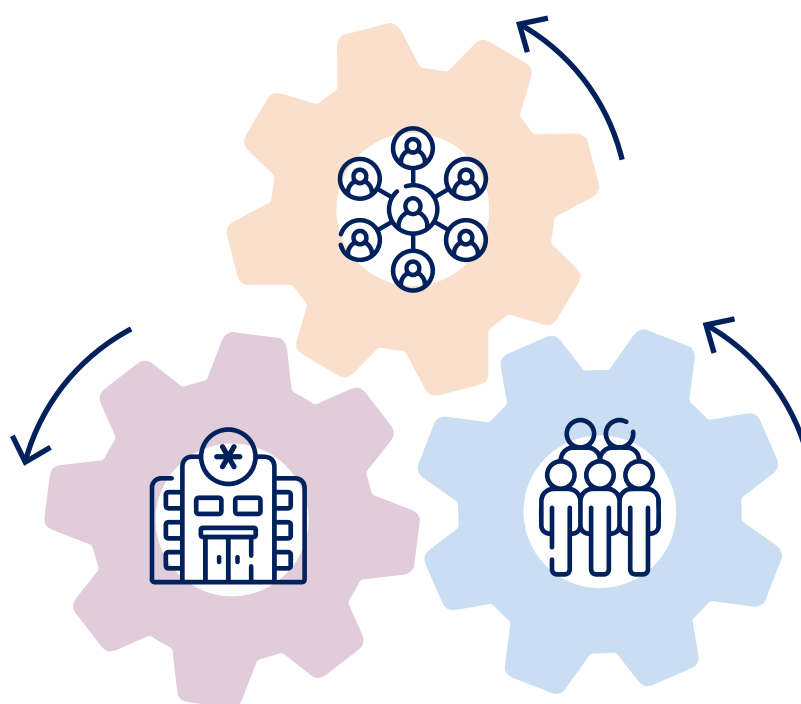
La desinstitucionalización no es lo mismo que dar de alta a las personas de las instituciones.

Es importante reducir gradualmente el número de casos para cerrar o readaptar las instituciones psiquiátricas de larga estancia. La desinstitucionalización no es lo mismo que dar de alta a las personas de las instituciones,

ya que debe ir acompañada de una inversión financiera, estructural y estratégica suficiente en servicios comunitarios. Esto es esencial para atender las necesidades sociales y de salud de los antiguos residentes institucionales, y de sus familias o cuidadores, y también para prevenir nuevos ingresos o reingresos (véase la figura 7.3). A medida que se establecen los servicios comunitarios, es importante suprimir las camas institucionales para evitar que se ingrese a otra generación de residentes de larga estancia. De hecho, las instituciones psiquiátricas de larga estancia deben cerrarse cuando existan alternativas comunitarias adecuadas.

FIG. 7.3

La desinstitucionalización implica, al mismo tiempo, aumentar el número de pacientes que se dan de alta, reducir el número de ingresos y aumentar la escala de la atención en la comunidad



REDUCCIÓN DE LOS INGRESOS

Reducir sistemáticamente los nuevos ingresos hospitalarios de pacientes psiquiátricos; y mejorar la calidad de la atención y los derechos de las personas en toda la atención hospitalaria o residencial.

AUMENTO DE LOS SERVICIOS

Establecer una red de servicios de salud mental y atención social que estén coordinados, vinculados y basados en la comunidad para apoyar a cualquier persona con problemas de salud mental.

AUMENTO EN EL NÚMERO DE ALTAS

Progresivamente dar de alta a los pacientes con larga estancia en hospitales psiquiátricos a medida que se disponga de soluciones basadas en la comunidad para satisfacer sus necesidades sociales y de salud.

Fuente: OMS, 2001 (1).

Enseñanzas extraídas de la experiencia

La desinstitucionalización de la atención de salud mental y el establecimiento de servicios comunitarios es un proceso simultáneo que redirige gradualmente los recursos de la institución hacia la comunidad. La experiencia demuestra que sacar a las personas de la atención psiquiátrica de custodia puede ir muy bien o muy mal (447, 448). Ambos resultados ofrecen enseñanzas y juntos revelan diez ingredientes para el éxito futuro:

1. Apoyo en los niveles más altos y más amplios.

El apoyo es clave, no solo de los líderes políticos y funcionarios gubernamentales, sino también de los líderes y miembros de la comunidad, y el sector académico.

2. Planificación y aplicación cuidadosas.

Trasladar a los residentes de larga estancia de la atención institucional a la atención en la comunidad requiere planificación y preparación exhaustivas, así como una aplicación gradual, incluida la reducción de las estadías y la prevención de nuevos ingresos. La transformación de las instituciones debe comenzar con el cambio de la vida dentro de las instituciones, por ejemplo, cambiando las actividades, las rutinas y la dinámica interna entre el personal y los residentes, y afrontando la coerción y el abuso.

3. Implicación y empoderamiento de los residentes.

Los residentes deben poder participar activamente en el proceso de cambio. Esto significa participar plenamente en las discusiones sobre las opciones de alta y reintroducir las habilidades de la vida diaria. También significa recibir apoyo para ejercer los propios derechos como ciudadanos, por ejemplo, para administrar sus propios recursos, tomar decisiones informadas sobre dónde vivir y elegir qué ropa usar, y recibir un pago por cualquier trabajo realizado en la institución.

4. Servicios comunitarios.

Para evitar la desatención y el sinhogarismo o falta de

hogar, los servicios y el apoyo apropiados en la comunidad, de conformidad con las necesidades individuales de todo residente, deben estar disponibles en el momento del alta. Por lo general, algunos residentes (o grupos de residentes de zonas geográficas definidas) podrán irse de la institución antes que otros, dependiendo de sus necesidades y del grado de desarrollo de los servicios comunitarios en la zona donde vivirá la persona.

5. Recursos financieros adicionales

temporales. Para la desinstitucionalización, tanto los hospitales psiquiátricos como los servicios comunitarios de salud mental deben contar con financiamiento paralelo durante el período de transición a fin de que las instituciones puedan seguir funcionando mientras se establecen los servicios comunitarios.

6. Personal de salud comprometido.

El personal de salud y sus organizaciones profesionales deben ser consultados ampliamente e incluidos en la planificación y la aplicación del proceso, para que se comprometan y no se resistan al cambio. Por lo general, cuando las instituciones de larga estancia se reducen, el personal hospitalario debe estar capacitado para proporcionar atención en la comunidad.

7. Reducción de la estigmatización.

Las intervenciones contra la estigmatización que implican a líderes, personal de salud y el público deben formar parte de todo programa de desinstitucionalización a fin de reducir la posibilidad de maltrato una vez que las personas viven en la comunidad.

8. Consentimiento de los residentes y participación de las familias.

Es fundamental obtener el consentimiento de los residentes que van a ser dados de alta y, cuando sea posible, incluir a las familias y los seres queridos durante todo el proceso.



9. **Atención tanto para la salud mental como para la salud física.** El seguimiento no solo de la salud mental de los residentes dados de alta sino también de su salud física es fundamental para evitar que las personas mueran prematuramente en la comunidad.
10. **Seguimiento y evaluación.** Deben establecerse normas y estándares para la atención, el tratamiento y la rehabilitación en la comunidad. Se deben llevar a cabo inspecciones y evaluaciones periódicas para asegurar que se brinde atención y apoyo de calidad a todas y cada una de las personas que son dadas de alta de la institución.

La elección del momento adecuado es clave para el éxito de la desinstitucionalización (véase el apartado “Ventanas de oportunidad” en la sección 5.2.1, “Fortalecimiento de la voluntad y el compromiso políticos”). Una vez establecidos, los modelos de atención en la comunidad no son necesariamente menos o más costosos que las instituciones, especialmente después

de tener en cuenta las necesidades de las personas y la calidad de la atención. De hecho, pueden ser más costo eficaces cuando ofrecen mejores resultados de recuperación (449).

En cualquier caso, la razón para sacar a las personas de las instituciones no debería ser solo porque podría ser costo eficaz, sino que las personas afectadas pueden tener una vida mejor y más satisfactoria. La experiencia demuestra que, si se realiza bien, la desinstitucionalización puede mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental y protegerlas de una gran variedad de violaciones de los derechos humanos.

En su mayor parte, la reducción del número de camas en paralelo con una inversión sustancial en servicios comunitarios ha permitido la transición satisfactoria de las personas a una atención integral en la comunidad y su reintegración en las comunidades, evitando la institucionalización a largo plazo, la falta de hogar

y el encarcelamiento (véase la [experiencia de Regina en el capítulo 2](#)) (447, 450). La reforma puede aplicarse a pequeña escala, en ciudades o distritos individuales, o a gran escala, en países enteros (véase el [recuadro 7.2, “Desinstitucionalización de la atención de salud mental en Brasil”](#)). En diversos casos, las encuestas sobre la inserción en la comunidad a residentes de larga estancia han ayudado a planificar su reasentamiento y su atención continua (451).

En unos cuantos casos, en los que el número de camas de hospital se ha reducido sin invertir

en alternativas en la comunidad, la calidad y la cantidad de la atención se han visto gravemente afectadas, lo que ha dado lugar a resultados muy adversos para los pacientes afectados. Por ejemplo, en el 2017, al menos 144 personas murieron, incluso por inanición y desatención, después de ser dadas de alta de los hospitales y enviadas a un servicio de atención comunitaria con fondos insuficientes y poco cualificado como parte de un programa apresurado y mal planificado para desinstitucionalizar la atención de salud mental en Gauteng (Sudáfrica) (448).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.2

Desinstitucionalización de la atención de salud mental en Brasil

A principios de los años noventa, el 75% de los fondos federales de Brasil para la salud mental se destinaban a hospitales de custodia que operaban en malas condiciones y en los que se cometían graves violaciones de los derechos humanos. En los tres decenios transcurridos desde entonces, ha habido un cambio gradual de la asignación de los recursos hacia la atención en la comunidad, con personas dadas de alta progresivamente de la atención institucional. Hoy en día, más del 79% de los fondos federales se invierten en un sistema de atención en la comunidad cuyo objetivo es proporcionar un enfoque orientado a los derechos humanos y la recuperación.

El nuevo sistema integra la atención primaria, los hospitales generales y la atención para la gestión de crisis dentro de las redes de atención psicosocial coordinadas por los centros de atención psicosocial (CAPS), que funcionan a nivel comunitario. Los CAPS

funcionan las 24 horas, todos los días. El sistema incluye establecimientos residenciales, así como un subsidio de rehabilitación para las personas que regresan a sus hogares después de una larga estancia en el hospital. También brinda apoyo técnico y financiero a las iniciativas locales destinadas a fomentar la rehabilitación social, generar ingresos y abogar por estas iniciativas.

Entre 1998 y el 2020, el número de CAPS aumentó de 148 a 2657, distribuidos por todo el país. Ahora constituyen la piedra angular de la atención de salud mental en Brasil, utilizada por más de la mitad de la población diagnosticada con un problema de salud mental. Los estudios indican que los CAPS son eficaces para apoyar la autonomía y la recuperación de las personas y que las personas con experiencia propia y sus familias informan altos niveles de satisfacción.

Fuentes: Lociks de Araújo, 2016 (452); Ministerio de Salud, 2020 (453).

Las enseñanzas extraídas en Gauteng subrayan la necesidad de realizar intervenciones integrales contra la estigmatización y la discriminación. Recuerdan la necesidad de que se lleve a cabo una amplia consulta entre los interesados directos y se obtenga el pleno consentimiento de los usuarios de los servicios y las familias. Subrayan la importancia de aplicar un enfoque planificado y gradual, con normas y estándares cuidadosamente establecidos para la atención comunitaria, a los que las autoridades de salud deben dar seguimiento regularmente.

Cuando la desinstitucionalización se ha realizado de manera responsable, la experiencia demuestra que también puede ser altamente sostenible y puede perdurar durante decenios. En 1978, Italia comenzó a aplicar la Ley n.o 180, con la que se puso fin a todos los nuevos ingresos a hospitales psiquiátricos públicos. Después de 40 años sin hospitales psiquiátricos, el sistema de salud mental italiano es comparable con el de otros países del G7, cuyas economías son todas de altos ingresos (454). Sin embargo, Italia tiene mucho menos personal de salud mental por 100 000 habitantes. En el 2019, Italia no tenía camas en hospitales psiquiátricos, mientras que en los otros países del G7 el número de camas en los hospitales psiquiátricos se situó entre 11 por 100 000 habitantes en Canadá y 170 por 100 000 en Japón (5). En Italia también hay menos camas para cuidados intensivos en los hospitales generales, pero más camas en los establecimientos residenciales comunitarios que en los otros países del G7. Además, en Italia, el número de ingresos obligatorios disminuyó de más de 20 000 en 1978 a menos de 9000 en el 2015 (véase el recuadro 7.3, “Trieste (Italia): 40 años de atención de salud mental en la comunidad”).

La desinstitucionalización está en marcha en varios países. En Argentina, la reforma de la atención de la salud mental se está llevando a cabo en varias provincias. En la provincia de Buenos Aires, entre enero del 2020 y junio del

2021, el número de personas en instituciones disminuyó de 1810 a 1391. Esto se logró poniendo fin a los ingresos a largo plazo, otorgando a 381 personas un subsidio de transferencia para apoyar el alta y brindando apoyo de vivienda a 306 residentes dados de alta. Los residentes dados de alta reciben apoyo de los servicios comunitarios de salud mental existentes (458).

7.1.4 Ampliación de la atención para las personas con problemas frecuentes

La alta prevalencia y la gran brecha de la atención para problemas comunes de salud mental, como la depresión y la ansiedad, implican que los países deben diversificar y ampliar las opciones de atención para estos problemas si quieren avanzar hacia la cobertura universal de salud o alcanzarla. Se necesitarán nuevos fondos y esfuerzos para incorporar la atención psicológica basada en la evidencia a los servicios de salud y de salud mental existentes, así como a los entornos de atención social, el sistema de justicia penal, escuelas y universidades, y entornos en línea.

En las secciones 7.2 a 7.4 se detallan algunas de las estrategias necesarias para que esto suceda en diferentes servicios. Por ejemplo, aunque cualquier servicio comunitario de salud mental probablemente atenderá problemas de salud mental comunes y graves, esto no será suficiente. La prestación de atención psicológica debe ampliarse en los entornos de atención primaria de salud y a través de prestadores comunitarios de servicios. Otras estrategias clave para ampliar la atención basada en la evidencia para problemas comunes de salud mental incluyen permitir la autoayuda y hacer un mejor uso de las tecnologías digitales (véase el apartado “Primer plano: Aprovechar de las tecnologías digitales para la salud mental” en el capítulo 5).

CASE STUDY

RECUADRO 7.3

Trieste (Italia): 40 años de atención de salud mental en la comunidad

En Trieste (Italia) la atención de salud mental en la comunidad ha demostrado ser eficaz durante más de 40 años. La transformación de Trieste comenzó en los años setenta, con la reubicación de las personas que vivían en el asilo de la ciudad a la comunidad. Los fondos utilizados anteriormente para administrar el asilo se desviaron gradualmente para establecer una red integral de servicios comunitarios. Los centros comunitarios de salud mental están abiertos las 24 horas del día y ofrecen clínicas de atención sin turno previo, tratamiento domiciliario, atención diurna, apoyo psicosocial, medicamentos y atención de pernocta para situaciones de crisis, entre otros servicios. También hay servicios residenciales y de rehabilitación que proporcionan diferentes niveles de vivienda subvencionada y tienen vínculos con redes locales de cooperativas sociales que ofrecen oportunidades laborales y realizan actividades culturales y educativas.

En la medida de lo posible, las personas reciben apoyo en sus propios hogares y vecindarios, para que puedan seguir viviendo en sus comunidades.

Es importante destacar que en Trieste las personas participan activamente en su propia atención. Ayudan a elaborar planes de atención personalizados, que no se limitan a las intervenciones clínicas y consideran una amplia diversidad de necesidades de atención social, desde el apoyo a la vivienda y la higiene personal hasta las finanzas y el trabajo.

El modelo de desinstitucionalización de Trieste ha aumentado la satisfacción de los usuarios, el funcionamiento social y los resultados de salud para las personas con problemas de salud mental. Las tasas de suicidio han disminuido en la ciudad, al igual que los ingresos involuntarios. Asimismo, la estigmatización en torno a la salud mental ha disminuido a medida que las personas con problemas de salud mental se han reintegrado en la comunidad. El nuevo modelo de atención también es más económico, ya que se proporciona a un 37% del costo del antiguo asilo de Trieste.

Fuentes: Barbui et al., 2018 (454); Mezzina, 2018 (455); Mezzina, 2014 (456); Departamento de Salud Mental, 2019 (457).

Asesoramiento no especializado

Los programas de asesoramiento psicológico que contratan, capacitan y asignan a asesores no especializados para realizar intervenciones psicológicas grupales o individuales basadas en la evidencia han demostrado ser sumamente eficaces para las personas con depresión y ansiedad (314). Esta forma de asesoramiento no debe confundirse con dar información o

consejos (como cuando alguien aconseja a una nueva madre sobre cómo cuidar a su bebé). Los programas de asesoramiento psicológico pueden ejecutarse a gran escala (véase el recuadro 7.4, “Personal de salud mental no especializados tratan la depresión en Uganda y Zambia”).

Los asesores no especializados en materia de depresión y ansiedad pueden incluir una

amplia gama de personas. Van desde trabajadores comunitarios, personal voluntario y pares o compañeros con tan solo diez años de educación hasta personas con un título universitario pero sin capacitación especializada en salud mental (por ejemplo, personal de enfermería o graduados en psicología de primer grado).

En todos los casos, la capacitación y la supervisión de apoyo continuas son importantes para fomentar la confianza de los prestadores no especializados y supervisar las competencias (véase la [sección 5.4.3, “Dotar a los prestadores comunitarios de competencias en atención de salud mental”](#)).

El asesoramiento psicológico no especializado también puede añadir un valor sustancial a la atención psiquiátrica especializada. Por ejemplo, en un centro de atención terciaria de salud mental en Islamabad, Pakistán se agregó una breve intervención psicológica llamada “Enfrentando problemas plus” (EP+) a la atención de rutina, principalmente farmacológica. La intervención

EP+ y otras intervenciones similares generalmente se implementan fuera de entornos especializados. En Islamabad, la intervención se realizó dentro del entorno de atención especializada, pero por asesores no especializados, que habían completado una licenciatura en psicología sin ninguna formación clínica. Se observó que incorporar la intervención psicológica mejoró sustancialmente los resultados para las personas con depresión y ansiedad (461). Si los centros de atención más especializados incluyeran ese asesoramiento no especializado basado en la evidencia en su atención habitual, estarían en buenas condiciones para orientar y apoyar la aplicación de dicho asesoramiento en la atención primaria y los entornos comunitarios.

De hecho, los programas de asesoramiento no especializado pueden implementarse, y se implementan cada vez más, en los centros de atención primaria y otros entornos comunitarios, incluso mediante servicios independientes prestados por organizaciones no gubernamentales.



ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.4

Personal de salud mental no especializado trata la depresión en Uganda y Zambia

En Uganda y Zambia, la empresa social StrongMinds capacita a personal no especializado y voluntarios en un formato de terapia interpersonal culturalmente adaptado y validado localmente, y los asigna para que traten la depresión en mujeres y adolescentes.

Los terapeutas no especializados ayudan a los participantes del grupo a detectar los desencadenantes de la depresión (duelo prolongado, disputas, soledad o aislamiento social y cambios en la vida) y a diseñar estrategias para superarlos. Los grupos, típicamente de doce participantes, se reúnen en sus comunidades locales durante ocho o más sesiones. Dado que la depresión puede ser recurrente, las habilidades adquiridas a través de la terapia tienen un efecto preventivo inmediato y a largo plazo.

La organización busca usuarias mediante un proceso de movilización que incluye psicoeducación y actividades de alcance comunitario en asociación con líderes comunitarios, escuelas, organizaciones no gubernamentales asociadas y homólogos

gubernamentales. La organización también realiza campañas de educación pública mediante la radio y los medios sociales.

En los últimos ocho años, el programa ha tratado a más de 100 000 personas. Según lo evaluado por el instrumento de detección de la depresión PHQ-9, más del 80% de las personas tratadas se recuperan y los resultados se mantienen seis meses después del tratamiento. Las personas que han completado la terapia dicen haber registrado un aumento del 16% en la asistencia al trabajo, un aumento del 28% en sus conexiones sociales, un aumento del 13% en la frecuencia en que las familias consumen alimentos regulares y un aumento del 30% en la asistencia escolar de sus hijos e hijas.

StrongMinds ahora está ampliando su capacidad al asociarse con gobiernos y organizaciones no gubernamentales para integrar su intervención de salud mental en los programas existentes de medios de subsistencia, seguridad alimentaria, salud y educación.



Fuentes: StrongMinds, 2021 (459); Bolton et al., 2003 (460).

Los estudios indican que esos programas pueden aumentar la capacidad de los servicios de salud mental de primera línea y mejorar en gran medida la atención. Por ejemplo, en un programa de la provincia noroccidental de Sudáfrica, el personal de enfermería de atención primaria detectó a personas que sufrían depresión entre los pacientes con enfermedades crónicas en un programa de atención colaborativa. Derivaron a las personas que presentaban síntomas depresivos de leves a moderados a asesores no especializados para que recibieran asesoramiento estructurado basado en la terapia cognitivo-conductual. En el estudio se observaron reducciones clínicamente significativas de los síntomas a los doce meses de seguimiento. Las personas informaron sentirse más empoderadas y mejor equipadas para afrontar problemas sociales (462).

El asesoramiento no especializado puede aumentar la capacidad de los servicios de salud mental de primera línea y mejorar la atención en gran medida. greatly improve care.

En la zona rural de Maharashtra (India), el método Atmiyata se sirve de personal voluntario comunitario capacitado para detectar, apoyar y asesorar a los miembros de la comunidad que sufren problemas comunes de salud mental. Este personal ofrece técnicas de solución de problemas y activación conductual. También facilitan el acceso a la atención de salud mental y a los beneficios sociales (financieros), aumentan la conciencia comunitaria sobre los problemas de salud mental y promueven el bienestar. Atmiyata ofrece un servicio que complementa el sector formal de la salud. Su enfoque es prometedor para aumentar la aceptabilidad de la atención, así como para reducir la discapacidad y mejorar la calidad de vida y la participación social de las personas con depresión y ansiedad (463, 464).

Los programas de asesoramiento psicológico no especializado también pueden utilizarse para llegar

a grupos específicos de personas que pueden ser particularmente vulnerables a la depresión o la ansiedad, incluidos los nuevos padres y madres, las personas refugiadas o las personas con infección por el VIH/sida (véase el recuadro 7.5, “Bancos de la amistad para la salud mental”). Una innovación prometedora reciente es utilizar un enfoque de intervención único para problemas comunes que se cruzan con una variedad de problemas de salud mental (terapia transdiagnóstica) (465, 466). Los resultados de las pruebas de este enfoque han sido satisfactorios con personas sobrevivientes de la violencia en países tan diversos como Colombia, Etiopía, Iraq, Tailandia, Ucrania y Zambia.

Autoayuda

Como se mencionó en el capítulo 5, “Bases para lograr el cambio”, la autoayuda puede ser guiada (cuando un miembro del personal ayuda a una persona a usar los materiales) o no guiada (cuando la persona no recibe apoyo o ánimo). Tanto los especialistas como los no especialistas pueden desempeñar un papel en las intervenciones guiadas de autoayuda para el manejo de la depresión y la ansiedad. Por ejemplo, pueden facilitar conversaciones, demostrar técnicas y ayudar a las personas a trabajar utilizando materiales de autoayuda; y pueden hacerlo de manera presencial o remota.

Las intervenciones de autoayuda facilitan dotar a las personas de los instrumentos y las tácticas que necesitan para discutir y manejar cualquier problema de salud mental a medida que este surja (véase la experiencia de Nour en el capítulo 5). Pueden proporcionarse rápidamente a un gran número de personas, lo que las hace particularmente útiles para su ampliación (véase el recuadro 7.6, “Mejora del acceso a las terapias psicológicas”), incluso en países afectados por crisis (véase el recuadro 7.7, “Step by step: autoayuda guiada para la gestión de la depresión en el Líbano”).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.5

Bancos de la amistad para la salud mental

En Zimbabwe, el proyecto Friendship Bench [bancos de la amistad] ha integrado la salud mental en otros programas de salud durante más de 20 años. El proyecto utiliza terapias de solución de problemas proporcionadas por voluntarias comunitarias, conocidas como “abuelas”, para tratar la “kufungisisa” (que significa “pensar demasiado” y es un concepto local en el idioma shona que denota una variedad de problemas de salud mental no psicóticos).

Las abuelas de la amistad están capacitadas para asesorar a las personas durante sesiones estructuradas de 45 minutos en bancos de madera situados dentro de las instalaciones de las clínicas de atención primaria, donde las personas tienen acceso a servicios para el tratamiento de diversas enfermedades, como la infección por el VIH/sida, la TB, las ENT y las enfermedades tropicales desatendidas. Las personas son derivadas a los bancos por los prestadores de atención médica y, después de la primera sesión, las abuelas las invitan a que regresen para un máximo de cinco sesiones más. También pueden recibir visitas domiciliarias, unirse a sesiones de terapia grupal o ser derivadas a un especialista, dependiendo de sus necesidades.

Se ha demostrado que el enfoque de Friendship Bench reduce considerablemente los síntomas de depresión y ansiedad en comparación con el tratamiento de referencia habitual. También se

crea que conduce a mejoras de las comorbilidades, incluida la adhesión a la terapia antirretroviral para la infección por el VIH.

Desde el 2006, más de 600 abuelas han recibido capacitación impartida por Friendship Bench. Han proporcionado terapia gratuita a decenas de miles de personas en más de 70 comunidades de Zimbabwe, la cual ahora también se proporciona en otros países.

El modelo también se ha adaptado para que sea más pertinente para adolescentes, de los cuales pocos participaron en el proyecto original, ya fuera porque no estaban utilizando las clínicas de atención primaria de salud donde estaban los bancos o porque les daba vergüenza que los vieran buscando ayuda de una abuela. El programa Youth Friendship Bench [bancos de la amistad para la juventud] se ha diseñado para las personas de 16 a 19 años y se sirve de “amigos” y “amigas” estudiantes de psicología y sociología para brindar terapia de solución de problemas en lugar de utilizar a las abuelas. La capacitación de asesores es la misma, pero tiene un enfoque adicional en temas como el consumo de drogas, el sexo y las relaciones. El programa Youth Friendship Bench Buddies informó que había logrado crear alianzas con sus usuarios y dice que considera que su labor es significativa y urgente, pero se necesitan más estudios para investigar las experiencias de los usuarios.

Fuentes: Chibanda et al, 2016 (467); Wallén et al, 2021 (468).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.6

Mejorar el acceso a las terapias psicológicas

Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) [mejorar el acceso a las terapias psicológicas] es un programa nacional de tratamientos psicológicos basados en la evidencia para tratar la ansiedad y la depresión en el Reino Unido. Puesto en marcha en el 2008 como un servicio para personas adultas, el programa se ha ampliado desde entonces para incluir un subcomponente dirigido a la infancia, la adolescencia y la juventud, incluso en las escuelas. Recibe alrededor de 1,25 millones de derivaciones cada año, por lo que es, sin duda, la mayor aplicación sistemática y financiada con fondos públicos de tratamiento psicológico basado en la evidencia en el mundo. El programa ha servido de modelo para establecer servicios similares en Australia, Canadá, Japón y Noruega.

El programa IAPT adopta un enfoque de atención escalonada que ofrece tratamientos progresivamente intensivos, según la necesidad. Inicialmente, a las personas se les ofrece autoayuda guiada de baja intensidad basada en los principios

de la terapia cognitivo-conductual. La autoayuda es de carácter psicoeducativo y se proporciona por teléfono, a través de terapia cognitivo-conductual computarizada, en grupos numerosos o individualmente. La proporcionan ayudantes supervisados no especializados denominados “profesionales del bienestar psicológico” que realizan intervenciones estandarizadas y basadas en la evidencia. Los profesionales se guían por medidas conexas de evaluación y competencia de tratamiento.

Las personas que no mejoran después de la autoayuda guiada pasan a recibir terapias psicológicas de alta intensidad proporcionadas por terapeutas calificados.

Una revisión de 60 estudios reveló mejorías considerables de la depresión y la ansiedad en las personas que asistían a los servicios del IAPT.

Fuente: Wakefield et al., 2021 (469).

Incluso los libros y materiales de autoayuda no guiada pueden ser útiles para ampliar el apoyo psicológico para los problemas comunes de salud mental. Las investigaciones revelan que el uso de libros de autoayuda puede ser útil para reducir los síntomas depresivos en la edad adulta, incluso a largo plazo (470). No obstante, las intervenciones no guiadas tienden a ser menos eficaces que las guiadas (471). La terapia mediante computadora, que permite

proporcionar la terapia cognitivo-conductual para el manejo de la depresión y la ansiedad a través de Internet, también ha demostrado ser eficaz, aceptable y práctica para quienes tienen buen acceso digital. La terapia guiada mediante computadora que se basa en la terapia cognitivo-conductual proporciona los mismos beneficios que la terapia cognitivo-conductual presencial convencional (472).

CASE STUDY

RECUADRO 7.7

Step-by-Step: autoayuda guiada para la gestión de la depresión en el Líbano

Step-by-Step [paso a paso] es una nueva intervención de autoayuda digital de la OMS. Proporciona psicoeducación a través de una historia narrada y utiliza ejercicios interactivos para enseñar a las personas a aplicar técnicas terapéuticas a fin de reducir su depresión. Se centra en la activación conductual combinada con el abordaje del estrés (respiración lenta), el aumento del apoyo social y la prevención de las recaídas.

Cuando el Líbano afrontó una serie de crisis en el 2020, el Ministerio de Salud Pública y sus asociados pusieron a prueba una versión culturalmente adaptada de Step-by-Step llamada “Khoutweh Khoutweh” con ciudadanos libaneses y sirios desplazados. Se

utilizó un formato de autoayuda guiada. Los asesores supervisados no especializados proporcionaron un máximo de 15 minutos de orientación remota (por teléfono o a través de mensajes en línea) cada semana a personas que presentaban síntomas de depresión. Las personas que completaron el programa dijeron que era adecuado, aceptable y beneficioso (véase la [experiencia](#) de Nour en el capítulo 5).

Dos grandes ensayos controlados aleatorizados revelan que la intervención fue eficaz para reducir los síntomas de depresión y mejorar el funcionamiento y el bienestar en todo el país. El gobierno ahora ofrece la intervención como un servicio de rutina.

Fuente: Cuijpers et al., en imprenta (472).

7.2 La salud mental integrada en los servicios de salud

La integración de la salud mental en los servicios generales de salud es un componente esencial de la reforma de la salud mental (473). La atención integrada ayuda a aumentar el acceso y reducir la estigmatización. Significa que los problemas de salud física y mental a menudo se pueden tratar simultáneamente. También hace que los servicios de salud mental sean mucho más accesibles porque los servicios generales de

salud suelen estar más cerca de donde viven las personas. Por consiguiente, la integración promueve la cobertura universal de salud. La integración de la salud mental en la atención general de salud ha sido un objetivo de política acordado desde los años setenta (474). Se puede aplicar de diferentes maneras, en diferentes niveles y mediante diferentes servicios (475, 476).

En las secciones que siguen, analizamos cómo las estrategias para integrar la atención de salud mental pueden ser y han sido utilizadas en múltiples entornos, que incluyen la atención primaria, los programas de salud específicos y los hospitales generales.

7.2.1 La salud mental en la atención primaria

En los niveles primarios de atención, las acciones apropiadas para la salud mental se presentan en el compendio de la OMS para la cobertura universal de salud (véase la [sección 5.1.3, “Evidencia para fundamentar las políticas y la práctica”](#)) y se ponen en práctica mediante el programa mhGAP de la OMS (306).

En la práctica, estas intervenciones pueden realizarse en el marco de la atención primaria mediante la ampliación de la fuerza laboral de salud mental de una de dos maneras principales:

- mediante el desarrollo de la capacidad del personal de atención general de salud en entornos de atención primaria para detectar, evaluar y tratar los problemas de salud mental, incluida la población infantil y adolescente, la población adulta y las personas mayores (véase el apartado [“Combinar responsabilidades de salud física y mental en la atención primaria”](#)); o bien
- mediante el desarrollo y la incorporación de prestadores de servicios de atención de salud mental en entornos de atención primaria (véase el apartado [“Incorporar personal a la atención primaria”](#)).

En ambos casos, la colaboración entre los prestadores de servicios de atención de salud mental y general puede variar en intensidad, desde operar de forma independiente y simplemente derivar a las personas de un servicio a otro hasta trabajar

como parte del mismo equipo para brindar atención en un mismo lugar, utilizando un tratamiento o plan de atención (477).

La atención integrada es factible, asequible y costo efectiva.

Respecto de la mayoría de las enfermedades comunes, se ha demostrado que la atención integrada que proporciona el personal de atención primaria capacitado en salud mental produce mejores resultados de salud en comparación con la atención primaria de salud habitual (véase [la experiencia de Amira](#)) (296). También es factible, asequible y costo eficaz, incluso en los países de ingresos bajos y medianos (478).

No obstante, la integración no está exenta de dificultades. Los obstáculos señalados con mayor frecuencia incluyen (479, 258):

- actitudes estigmatizadoras del personal de salud y del público hacia la salud mental;
- capacitación y supervisión deficientes del personal de salud;
- carga elevada de trabajo del personal de atención primaria;
- falta de conciencia sobre la salud mental en la comunidad;
- poco interés y poca motivación del personal de salud respecto del cambio;
- falta o disponibilidad irregular de medicamentos psicotrópicos esenciales;
- gestión y liderazgo inconexos respecto de la atención de la salud mental y física; y
- financiamiento limitado e inequitativo.

La carga de trabajo pesada puede ser un obstáculo particularmente difícil de superar. El personal de atención primaria a menudo está sobrecargado incluso antes de integrar en sus horarios la atención de salud mental, que puede requerir relativamente mucho tiempo.

TESTIMONIO

Acompáñenos a propiciar un renacimiento en la salud mental



La experiencia de Amira

Mi experiencia con la depresión posparto fue grave y dolorosa. Como cualquier madre, esperé impaciente a mi primer hijo, pero, en lugar de estar feliz por estrecharlo contra mi pecho, me embargó la tristeza y la aversión, y me sentí aislada. En ese momento, la expresión “salud mental” no se usaba mucho en Jordania.

Sufrí durante mucho tiempo. Mi depresión se hizo crónica debido a mi ignorancia y la ignorancia de quienes me rodeaban. Me sentía agotada por el dolor psicológico e intenté suicidarme muchas veces.

Pensé que la solución a mi sufrimiento podría estar en la psicoterapia, pero me preocupaba ser estigmatizada. Decidí acudir a una clínica privada de salud mental y usé el nicab, para que nadie que me conociera me viera. Allí encontré otro tipo de sufrimiento: altos precios y hostigamiento. No podía pagar la atención que necesitaba y sufrí recaídas y contratiempos. Finalmente decidí ir a una clínica de salud mental del gobierno, pero incluso allí se cometían violaciones de los derechos humanos. Todos estábamos sufriendo, pero nadie se atrevía a hablar. La recuperación fue lenta.

Entonces la misericordia de Dios se manifestó y mi país se comprometió a mejorar la salud mental y la atención de salud mental se integró en una clínica local. Fui una de las primeras personas en recibirla. Un equipo especializado en múltiples disciplinas me proporcionó tratamiento psicológico

y rehabilitación comunitaria para ayudarme a convertirme en un miembro activo de la comunidad.

Los especialistas clínicos creyeron en nuestras capacidades y la OMS nos invitó a un taller sobre derechos humanos. Me sorprendió y me honró conocer a un grupo de personas con discapacidades psicológicas como yo, a quienes la sociedad aterraba y estigmatizaba. Decidimos establecer una asociación, llamada “Our Step” [nuestro paso], para apoyar los derechos de las personas con problemas de salud mental a ser incluidas en la comunidad. Nuestra causa está empezando a ver la luz del día. Participamos activamente en la elaboración de la primera estrategia nacional de salud mental de Jordania en once años.

He pasado más de quince años abogando y sensibilizando respecto de los asuntos que afectan a las personas que sufren problemas de salud mental. Me alegra mucho haberlas representado por primera vez en la Junta Directiva del Consejo Superior para los Derechos de las Personas con Discapacidad, después de trabajar para enmendar la ley sobre los derechos de las personas con discapacidad de conformidad con la CDPD, que fue ratificada por Jordania en el 2008.

Hemos logrado mucho, pero queda mucho por hacer para que se hagan realidad los plenos derechos de las personas con problemas de salud mental. No duden. Acompáñenos a propiciar un renacimiento en la salud mental.

Amira Ali Al-Jamal, Jordania

Combinar responsabilidades de salud física y mental en la atención primaria

La primera y la más común forma de integrar la salud mental en la atención primaria consiste en capacitar al personal médico de atención primaria en atención de salud mental, de modo que pueda combinar su atención habitual de salud física con la atención para los problemas de salud mental (véase el recuadro 7.8, “Atención primaria integrada de salud mental en la República Islámica de Irán”).

El personal de atención primaria debe desarrollar competencias para la atención de salud mental

mediante la formación previa al empleo, la formación en el empleo o ambas (véase la sección 5.4.2, “Fortalecimiento de las competencias de los prestadores de atención general de salud”). Incluso una vez que están capacitados, este personal no especializado necesita recibir apoyo de los servicios especializados, ya sea en hospitales generales o mediante servicios comunitarios de salud mental, para consultas, mejora de la calidad y, si es necesario, derivaciones. En países donde los especialistas son pocos y están muy dispersos, las tecnologías digitales pueden ser particularmente importantes para la supervisión y la tutoría de apoyo.



ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.8

Atención primaria integrada de salud mental en la República Islámica de Irán

Durante decenios, la República Islámica de Irán ha integrado progresivamente la atención de salud mental en su sistema de atención primaria de salud. A partir de 1989, a los trabajadores de salud comunitarios (conocidos localmente como “behvarzes”) se les asignaron responsabilidades de salud mental, incluida la búsqueda activa de casos y la derivación. Los médicos generales recibieron capacitación y apoyo para que brindaran atención de salud mental como parte de sus responsabilidades generales de salud, y derivaran a las personas con problemas complejos a psiquiatras y otros especialistas en salud mental en centros de salud distritales o provinciales.

Este modelo funcionó bien en las zonas rurales, pero tuvo menos éxito en las zonas urbanas, especialmente en los suburbios de las grandes ciudades, donde la infraestructura de salud y los recursos humanos eran muy deficientes. En el 2014, se adoptó un nuevo marco para la integración centrado específicamente en superar el reto en las zonas urbanas marginales. El nuevo modelo estableció dos nuevos tipos de

prestadores de servicios de salud mental para trabajar junto con los médicos generales:

- Los “moragheb-e salamats” desempeñan la labor de trabajadores de salud comunitarios polivalentes. Son la contraparte urbana de los behvarzes establecidos y tienen responsabilidades similares en materia de salud mental.
- Los profesionales de la psicología con una maestría en psicología clínica brindan servicios de salud mental en centros de salud urbanos. Son responsables de informar al público sobre la prevención primaria, impartir psicoeducación a las personas con problemas de salud mental y sus familias, ofrecer intervenciones psicológicas breves y seguimiento telefónico para quienes los necesitan, y derivar a las personas a los servicios sociales cuando corresponda.

Las evaluaciones del nuevo modelo demuestran que este ha ampliado la disponibilidad y el acceso a la atención de salud mental en zonas urbanas marginales.

Fuentes: Ahmed Hajebi, Director de Salud Mental y Consumo de Sustancias, Ministerio de Salud y Educación Médica, República Islámica de Irán, comunicación personal, abril del 2022; Smith, 2020 (480).

La atención integrada que brinda personal no especializado constituye la base de la implementación del programa mhGAP de la OMS, que se está aplicando para fortalecer las habilidades y ampliar la atención de salud mental para los trastornos mentales prioritarios entre las personas jóvenes, adultas y mayores en entornos no especializados en todo el mundo (véase la sección 5.4.2, “Fortalecimiento de las competencias de los prestadores de atención general

de salud”) (305). Los estudios revelan que la iniciativa mejora los conocimientos, las actitudes y la confianza entre los prestadores de servicios de atención primaria después de la capacitación; a su vez, mejora los síntomas y aumenta el compromiso con la atención de las personas que sufren problemas de salud mental (308). También se ha demostrado que ayuda a reducir la brecha terapéutica y aumentar la cobertura eficaz para los problemas

prioritarios de salud mental (véase el recuadro 7.9, “El mhGAP en Nepal: cerrar la brecha terapéutica”).

Si bien el mhGAP se utiliza con mayor frecuencia con miras a ampliar la atención de salud mental para la población en general, también se puede utilizar para grupos específicos, como las personas refugiadas (véase el recuadro 7.10, “El mhGAP en Türkiye: ampliación de los servicios para las personas

refugiadas”) o las personas jóvenes. Por ejemplo, en la República Islámica de Irán, la guía de intervención del mhGAP se está utilizando para fortalecer las habilidades y la confianza de los médicos de familia en la esfera de la salud mental de la población infantil y adolescente para que puedan tratar las enfermedades prioritarias por sí mismos, en lugar de derivar a estos pacientes a centros especializados.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.9

El mhGAP en Nepal: cerrar la brecha terapéutica

En Nepal, el mhGAP se implementó como parte de un plan integral de atención de salud mental en el distrito de Chitwan. Los prestadores de servicios no especializados de centros de atención primaria fueron capacitados y supervisados para detectar, diagnosticar y comenzar a tratar problemas prioritarios de salud mental utilizando la guía de intervención del mhGAP. Otras estrategias del conjunto de actividades de Chitwan incluían, entre otras, la concientización; la búsqueda activa de casos en la comunidad; el asesoramiento no especializado basado en la evidencia en la comunidad; y el fortalecimiento de las derivaciones, los suministros de medicamentos y los mecanismos de supervisión dentro de los servicios.

El plan fomentó de manera eficaz las capacidades de atención de salud mental y aumentó la cobertura del tratamiento. Después de aplicar el plan distrital, el porcentaje de personas de la comunidad que recibieron tratamiento aumentó del 3% al 53% respecto de la psicosis, del 0% al 12% respecto de la

depresión, del 1% al 12% respecto de la epilepsia y del 0% al 8% respecto del trastorno por consumo de alcohol.

Las intervenciones en el plan de Chitwan dieron resultado. Un año después de comenzar el tratamiento, las personas con depresión, trastorno por consumo de alcohol y psicosis experimentaron mejoras de los síntomas y del funcionamiento diario. Las mejoras de las personas deprimidas fueron producto especialmente del valor agregado del tratamiento psicológico de los asesores comunitarios. Para todos los trastornos, la combinación de intervenciones orientadas a la demanda y a la oferta animó a las personas a recibir tratamiento y atención.

Es importante destacar que las personas con problemas de salud mental y sus cuidadores consideraron que los servicios de salud mental basados en la atención primaria prestados en Chitwan eran accesibles, aceptables y eficaces.

Fuentes: Jordans et al., 2019 (265); Luitel et al., 2020 (483).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.10

El mhGAP en Türkiye: ampliación de la atención para las personas refugiadas

En el 2021, Türkiye albergaba a unos 3,7 millones de personas refugiadas sirias que vivían con protección temporal, lo que les daba derecho a la atención de salud esencial gratuita. Se sabe que las personas refugiadas corren mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental; sin embargo, a menudo es menos probable que accedan a la atención.

En el 2016, Türkiye comenzó a utilizar el mhGAP para capacitar a los prestadores de servicios de atención primaria sirios y turcos a fin de brindar atención de salud mental esencial a través de centros de salud para personas refugiadas y servicios comunitarios de salud mental.

En el 2021, se había capacitado a casi 2600 médicos en las 29 (de 81) provincias en las que vive un gran número de personas refugiadas. Esto significa que cerca del 8% de los médicos generales turcos que trabajan en entornos de atención primaria (2100

personas) y más del 50% de los médicos sirios (561 personas) ya han recibido capacitación del programa mhGAP.

Las evaluaciones indican que más del 95% de los que recibieron la capacitación consideraron que la formación era útil y beneficiosa. La capacitación condujo a un aumento estadísticamente significativo de los conocimientos de los médicos turcos y sirios; y también se demostró que los médicos participantes estaban más atentos a las necesidades de salud mental de las personas, lo que hizo que más personas con problemas de salud mental fueran detectadas y tratadas. Se observó que la mayoría de los médicos cumplían las normas de atención definidas en la capacitación. El 96% de las personas que recibieron servicios de los médicos recién capacitados dijeron que estaban satisfechas con la calidad de la atención de salud mental proporcionada.

Fuente: Kahiloğulları et al., 2020 (484).

También existe una versión humanitaria de la guía de intervención del mhGAP (GIH-mhGAP) que las organizaciones no gubernamentales internacionales que responden a emergencias humanitarias utilizan ampliamente (481). Por ejemplo, se ha utilizado para ampliar la atención de salud mental en el contexto frágil y afectado por el conflicto de Libia (482). Aquí, el Ministerio de Salud, la OMS, el Comité Internacional de Rescate, el Cuerpo Médico Internacional y otros asociados trabajaron conjuntamente para adaptar los materiales de la GIH-mhGAP al contexto local, implicando a los interesados directos desde el

principio para crear conciencia y fomentar el apoyo para el programa. El personal de salud no especializado de 20 centros de atención primaria recibió la capacitación relativa a la GIH-mhGAP; y también se capacitó a personal de psicología y psiquiatría local en materia de supervisión y administración del mhGAP para que el programa fuera más sostenible. Una vez terminada la capacitación se desplegaron unidades móviles, las cuales empezaron a rotar para superar las brechas en varios municipios donde los servicios eran limitados o no existían.



El programa ha aumentado la capacidad y la confianza de la fuerza laboral, y ha fortalecido las vías de derivación entre los prestadores de servicios comunitarios y los centros del sistema de salud. También ha ayudado a sensibilizar en cuanto a la importancia de la salud mental y ha aumentado el acceso a los servicios para personas refugiadas y migrantes. Solo en el 2020, más de 1000 personas con problemas de salud mental tuvieron acceso a los servicios que necesitaban mediante esta iniciativa.

Incorporar personal a la atención primaria

La segunda manera de integrar la salud mental en la atención primaria es incorporando a los prestadores de servicios de atención de salud mental en los entornos de atención primaria. Dependiendo del contexto y los recursos disponibles, este personal adicional puede ser de psiquiatría o psicología infantil o de personas adultas, personal de enfermería capacitado en salud mental infantil o de personas adultas, asistentes sociales, gestores del cuidado, trabajadores comunitarios u otros prestadores comunitarios capacitados en materia de atención de salud mental.

Este personal puede trabajar a tiempo completo en una sola clínica (por ejemplo, cuando se agrega un administrador de la atención o un asesor no especializado) o puede dividir su tiempo para trabajar en varias clínicas (por ejemplo, cuando un profesional de la psiquiatría o enfermería psiquiátrica dirige clínicas quincenales de salud mental en diferentes centros de atención primaria).

Además de incorporar personal a las clínicas de atención primaria, los países han incorporado trabajadores comunitarios al sistema de atención de salud para atender mejor la salud mental. De hecho, los centros de atención primaria pueden ampliar su alcance en materia de salud mental a través de redes de personal no especializado supervisado en la comunidad (véase el recuadro 7.11, “Sri Lanka: incorporar

trabajadores comunitarios para la salud mental a la atención primaria de salud”).

Atención colaborativa

La atención colaborativa es un ejemplo específico y bien estudiado del segundo enfoque de la integración (485). Es un modelo de integración de múltiples componentes basado en un gran cúmulo de evidencia, incluso de los países de ingresos bajos y medianos, que respalda firmemente su uso en el manejo de la depresión y otros problemas comunes de salud mental (17).

En los modelos de atención colaborativa, un equipo de salud comparte tareas y cuenta con un administrador o gestor de la atención de salud que desempeña un papel central y coordina la atención. Por ejemplo, en la atención colaborativa para el manejo de la depresión, las personas con depresión típicamente:

- se detectan con una medida de depresión validada (tarea que realiza a menudo el gestor de la atención de salud);
- se vinculan con recursos pertinentes en la comunidad para atender cualquier factor determinante o necesidad de tipo social (tarea que también realiza a menudo el administrador de la atención);
- reciben intervenciones psicológicas basadas en la evidencia (tarea que en los países de ingresos bajos y medianos realiza a menudo el gestor de atención de salud o, cuando esté disponible, un asesor no especializado);
- reciben recetas de medicamentos si están indicados (tarea que realiza un prestador de servicios de atención médica general); y
- reciben seguimiento de la depresión a lo largo de la atención que se les presta. Esto se hace administrando la misma medida al comienzo de cada visita y anotando los resultados en un registro sencillo que se examina regularmente para orientar los cambios que se realizan en la atención. Los cambios pueden incluir aumentar la intensidad de la atención y la derivación a especialistas.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.11

Sri Lanka: incorporar trabajadores comunitarios de salud mental a la atención primaria de salud

En Sri Lanka, la necesidad de servicios de salud mental y el interés en estos después del tsunami del océano Índico del 2004 llevaron a la creación de una nueva categoría de trabajadores comunitarios, denominada oficial de apoyo comunitario. Estrechamente relacionados con el sistema de atención primaria de salud, y técnicamente responsables ante el personal de salud mental en los hospitales distritales, estos oficiales de apoyo comunitario ayudaron a miles de personas que sufrían problemas de salud mental que vivían en

la comunidad. También se encargaron de una gran proporción de las derivaciones a las unidades psiquiátricas hospitalarias, lo que representó hasta las tres cuartas partes del total de las derivaciones en algunos distritos.

Si bien el programa no se sostuvo, una evaluación realizada en el 2010 reveló que 128 oficiales de apoyo comunitario en tres distritos manejaban los casos de más de 1500 personas con problemas de salud mental en la comunidad.

Fuente: Kakuma et al., 2011 (298).

Como parte de la atención basada en el trabajo en equipo, un especialista en atención de salud mental asesora y supervisa regularmente al gestor del cuidado y al prestador de la atención médica general. En todos los casos, los planes de atención se adaptan a las necesidades y preferencias de la persona.

La atención colaborativa se ha aplicado en diversos programas en todo el mundo. Esto incluye algunos programas dirigidos a integrar la atención de la depresión en la atención de problemas específicos de salud física, como la diabetes (486).

La mayor parte de la aplicación de la atención colaborativa se ha realizado en países de ingresos altos; pero la experiencia con la atención colaborativa en los países de ingresos bajos y medianos está aumentando, incluso para la psicosis (442, 487).

En entornos de recursos altos y bajos, la atención colaborativa vela por que los aspectos sociales,

psicológicos y médicos clave de la atención se atiendan de manera holística. Además, se ha demostrado que es aún más eficaz y costo efectiva que la integración habitual de la salud mental en la atención general de salud (488). No obstante, la atención colaborativa necesita recursos adicionales (especialmente tiempo del administrador de la atención), lo que ha sido un obstáculo para la ampliación.

7.2.2 La salud mental en programas específicos de salud

La integración de la salud mental en los programas de salud dirigidos a enfermedades físicas o grupos poblacionales específicos ha demostrado ser factible y costo eficaz para mejorar la salud mental y física (486, 489, 490). Proporcionar atención en el mismo lugar, prestada al mismo tiempo por el mismo profesional o equipo de tratamiento, ayuda a disminuir en gran medida



los retos logísticos que plantea recibir atención mediante de dos o más sistemas, y permite proporcionar una atención más holística y centrada en la persona. Es importante destacar que también puede ayudar a los servicios a llegar a las personas vulnerables que corren mayor riesgo de sufrir problemas de salud mental.

Salud mental en servicios específicos para enfermedades

Las personas con enfermedades concomitantes que reciben apoyo mediante modelos de atención integrada tienen más probabilidades de obtener mejores resultados de salud y de experimentar una mejor calidad de vida, autocuidado y adhesión a las intervenciones médicas y de salud mental (476).

Los objetivos mundiales relativos a la infección por el VIH/sida subrayan en particular la necesidad de integrar mejor la salud mental y la atención social en los servicios relacionados con la infección por el VIH, incluidos los dirigidos por las comunidades (491). Las oportunidades de integración abundan e incluyen desde los servicios dirigidos a la prevención y las pruebas del VIH hasta los de inicio y gestión del tratamiento, y los servicios de supresión viral y atención para las personas con la infección por el VIH (166). En la orientación de la agencia de desarrollo de Estados Unidos sobre la atención de la TB también se recomienda integrar los servicios de salud mental en los programas de manejo de esta enfermedad, desde la capacitación hasta el tratamiento (167).

Hay mucha evidencia que demuestra que la integración, por ejemplo, mediante la distribución de tareas entre el personal de salud no especializado, puede mejorar la salud mental de las personas con infección por el VIH; incluso en comunidades sumamente remotas y desfavorecidas (492). También puede mejorar la salud física de las comunidades afectadas por el VIH al disminuir el riesgo y la estigmatización de la infección y al aumentar la adhesión al tratamiento antirretroviral.

La integración de la salud mental en los programas contra la infección por el VIH puede evitar casi un millón de nuevas infecciones para el 2030.

La incorporación de la atención de salud mental en los programas de manejo de la TB puede ser igualmente beneficiosa. Por ejemplo, en Pakistán, se ha observado que el asesoramiento psicológico para las personas que acuden a clínicas de TB con signos de depresión y ansiedad reduce los síntomas y aumenta la finalización del tratamiento de esta enfermedad (493).

Las investigaciones indican que la integración de la salud mental en los programas relativos a la infección por el VIH puede reducir la tasa de esta infección entre un 10% y un 17%, evitando posiblemente casi un millón de nuevas infecciones para el 2030 (494). Respecto de la TB, las investigaciones predicen que habrá una disminución aún mayor (entre un 13% y un 20%) en las tasas de infección, con la posibilidad de evitar hasta 14 millones de infecciones para el 2030.

Más allá de la infección por el VIH y la TB, hay muchas oportunidades para integrar la salud mental en la atención específica para las enfermedades, incluidos los programas para las ENT o las enfermedades tropicales desatendidas (174, 168).

En Sudáfrica se ha elaborado un modelo integrado de manejo de enfermedades crónicas para aumentar las eficiencias y la costo-eficacia de los sistemas y hacer frente a las comorbilidades (495). El modelo está respaldado por Adult Primary Care, instrumento de apoyo a la decisión clínica que los prestadores de servicios de atención primaria pueden usar para proporcionar atención clínica integral y de calidad a personas adultas en cada consulta. El modelo es innovador porque permite a los prestadores de servicios de atención tratar juntas todas las enfermedades crónicas, tanto físicas como mentales. Entonces, por ejemplo, en lugar de gestionar clínicas separadas para diabetes, hipertensión, infección por el VIH y

problemas de salud mental, el centro de atención primaria utiliza consultas de rutina para proporcionar atención crónica para todas estas enfermedades a la vez. Para las personas que sufren comorbilidades, este enfoque facilita la atención desde el punto de vista logístico; también permite aplicar una estrategia más holística y centrada en la persona para su atención.

Salud mental en servicios específicos para grupos poblacionales

Así como la salud mental puede integrarse en los programas de enfermedades físicas, también puede integrarse en los servicios de salud para grupos específicos, como los dirigidos a mujeres, progenitores y cuidadores, niños, niñas y adolescentes, y personas mayores.

Los programas para la salud de la mujer pueden ofrecer una forma discreta de proporcionar no solo atención de salud reproductiva sino también atención de salud mental a las mujeres afectadas por la violencia sexual, factor de riesgo muy potente para los problemas de salud mental. Estos programas suelen ponerse a disposición de las poblaciones afectadas por conflictos armados y desplazamientos forzados.

Del mismo modo, los programas perinatales ofrecen una buena plataforma para educar a los progenitores y a otros cuidadores sobre la salud mental, examinarlos para detectar problemas de salud mental, ofrecer terapias básicas y demostrar el apoyo entre pares (496).

La integración de la salud mental en los programas perinatales es especialmente importante porque los problemas de salud mental materna son comunes y afectan tanto a las madres como a los lactantes (véase la [sección 6.3.2](#), “Protección y promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente”) (497).

Los problemas de salud mental materna (y paterna) son tratables, incluso por no especialistas capacitados, a través de los servicios de salud

maternoinfantil (498). Por ejemplo, en Uganda, las parteras capacitadas y supervisadas examinan a las embarazadas para detectar depresión perinatal en entornos de atención materna; y brindan tratamiento a las mujeres que dan positivo en las pruebas de detección, con terapia grupal de resolución de problemas proporcionada durante las visitas prenatales programadas. Los estudios revelan una mejora significativa al cabo de seis meses en los resultados clínicos y funcionales de las mujeres tratadas (499).

7.2.3 La salud mental en hospitales generales

Por mucho que se presten servicios de salud mental a través de la atención primaria de salud, es esencial contar con servicios de salud mental específicos en el nivel de atención secundaria. Sin estos, es poco probable que las inversiones en la atención primaria de salud sean sostenibles (258). Prestar servicios de salud mental en la atención secundaria es la piedra angular para la reforma de la salud mental.

Prestar servicios de salud mental en la atención secundaria es la piedra angular para la reforma de la salud mental.

Los servicios de nivel secundario, que pueden emplear tanto a especialistas como a no especialistas, pueden prestarse a través de hospitales generales (como se describe en esta sección) o a través de una gama de servicios comunitarios formales de salud mental (como se describe en la [sección 7.3](#), “Servicios comunitarios de salud mental”).

Los hospitales generales desempeñan un papel multifacético en el sistema de salud mental, que puede incluir:

- **Atención ambulatoria** para evaluar y tratar a personas de todas las edades (incluida la población infantil y las personas mayores) que

presentan síntomas complejos, resistentes y graves que no se pueden tratar fácilmente en la atención primaria de salud.

- **Atención hospitalaria a corto plazo** para personas que sufren episodios agudos o crisis de salud mental que pueden beneficiarse de la hospitalización. Esto puede ser a través de unidades de hospitalización de casos agudos o, cuando los recursos son muy escasos, a través de camas de psiquiatría en salas generales.
- **Apoyo a los no especialistas** en atención primaria a través de capacitación, supervisión y tutoría de apoyo.
- **Apoyo a la atención a largo plazo** de personas con problemas crónicos de salud mental que viven en la comunidad en circunstancias en las que los servicios comunitarios de salud mental no pueden ayudar lo suficiente.
- **Atención psiquiátrica de enlace** para personas hospitalizadas por problemas de salud física.
- **Equipos móviles** para prestar servicios de alcance comunitario o para situaciones de crisis en la comunidad.

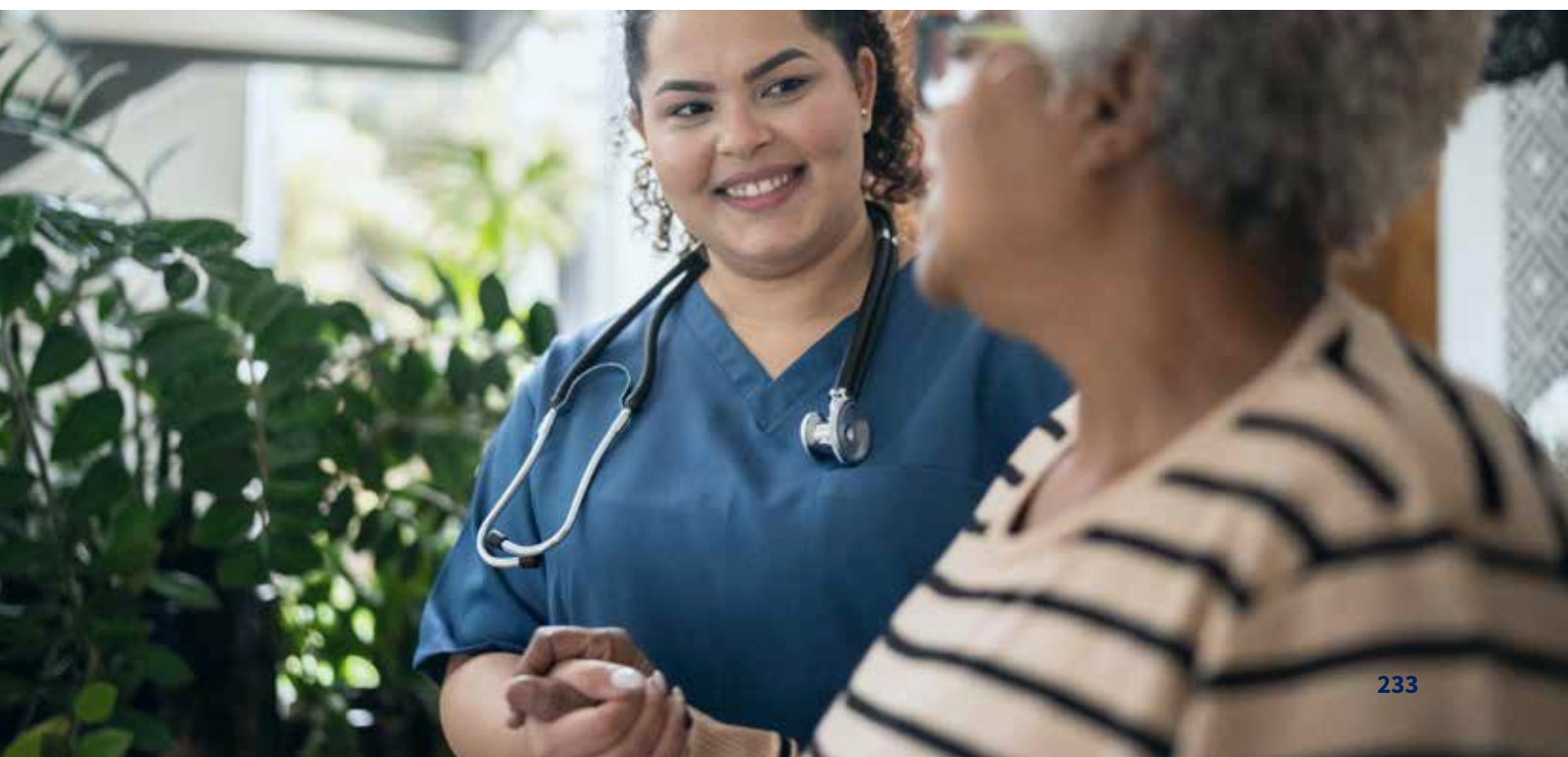
Los servicios generales de salud mental en hospitales suelen ser bien aceptados por la comunidad. Los servicios que se prestan en centros urbanos de distritos grandes pueden ser de difícil acceso para las comunidades remotas,

pero son mucho más accesibles que las instituciones psiquiátricas y preferibles a estas.

Los servicios generales de salud mental en hospitales son más accesibles que las instituciones psiquiátricas.

La experiencia demuestra que es posible proporcionar atención de salud mental de calidad en entornos hospitalarios generales y que esto puede complementar otros servicios de salud mental en la comunidad (véase el recuadro 7.12, “República Dominicana: conceder a los hospitales regionales el primer plano”). En Brasil, por ejemplo, los servicios hospitalarios complementan los centros comunitarios locales de salud mental reservando un número limitado de camas específicamente para derivaciones, en general durante una situación de crisis o debido a una comorbilidad que requiere atención psiquiátrica y médica. Solo el personal del centro comunitario de salud mental puede solicitar una cama, lo que evita el uso inadecuado y las hospitalizaciones innecesarias (500).

En Brasil y en otros países, se ha demostrado que los servicios hospitalarios pueden prestarse de manera no coercitiva que respete la autonomía y las preferencias de tratamiento de una persona y que la apoye en el proceso de recuperación (500).



ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.12

República Dominicana: conceder a los hospitales regionales el primer plano

República Dominicana ha estado reformando la atención de salud mental desde el 2014. Su plan de salud mental, que está respaldado por políticas y legislación y supervisado por el Ministerio de Salud Pública, se ha centrado durante mucho tiempo en cerrar el único hospital psiquiátrico del país y, al mismo tiempo, en establecer una red de servicios comunitarios. Estos incluyen servicios clínicos y apoyo incorporados en establecimientos de salud general, junto con centros de asistencia diurna y servicios de asistencia para la vida cotidiana para apoyar la rehabilitación psicosocial.

Las unidades de salud mental dentro de los hospitales generales desempeñan una función esencial para permitir que los planes del país logren la reforma de la salud mental. Estas unidades de intervención para la gestión de crisis fueron concebidas para responder al cierre del hospital psiquiátrico, inicialmente para el área metropolitana de la capital y luego expandiéndose al resto del país. Hoy día, estas unidades atienden a todas las personas que sufren problemas de salud mental que no pueden ser atendidas fácilmente en la atención primaria de salud.

Las unidades hospitalarias proporcionan:

- servicios para la gestión de crisis, incluidas camas para estancias de corta duración cuando sea necesario;
- atención psiquiátrica y psicológica ambulatoria para personas que han sido dadas de alta del hospital pero que aún no han sido derivadas a servicios ambulatorios; y
- vinculación de los servicios de psiquiatría y psicología de la salud a otros servicios hospitalarios.

Las unidades de salud mental hospitalarias están estrechamente vinculadas a los centros de atención primaria y terciaria, lo que proporciona el eje de un sólido sistema de derivación que abarca los tres niveles de atención.

Desde el 2008, el número de unidades de salud mental en los hospitales distritales ha aumentado de 9 a 15, y el número de camas de corta estancia disponibles ha aumentado de 76 a 113. En general, estas unidades representan más de la mitad (53%) del total de las camas de atención de salud mental del sector público disponibles en el país, en comparación con el 33% en el 2008.

Fuentes: OPS, comunicación personal, enero del 2022; Ministerio de Salud, 2019 (501); OMS, 2021 (454).

7.3 Servicios comunitarios de salud mental

Los servicios comunitarios de salud mental, como los servicios hospitalarios generales, forman parte del sistema de atención secundaria y, en comparación con las instituciones psiquiátricas, producen mejores resultados de salud mental (426).

Los servicios comunitarios de salud mental abarcan una combinación de servicios que brindan atención y apoyo clínicos, rehabilitación psicosocial y servicios residenciales, como se describe en las secciones siguientes. Desempeñan un papel importante en la prestación de servicios de alcance comunitario para brindar atención y apoyo en los hogares de las personas o en espacios públicos; y en la difusión de información sobre salud mental y participar en la prevención y la promoción de la salud mental.

7.3.1 Centros y equipos comunitarios de salud mental

La atención clínica y el apoyo a las personas con problemas de salud mental, incluidos

los servicios para situaciones de crisis y de alcance comunitario, a menudo se brindan a través de centros o equipos comunitarios de salud mental, pero también pueden brindarse a través de centros de orientación. En todos los casos, los centros y equipos comunitarios de salud mental pueden ofrecer vínculos con servicios de apoyo entre pares (véase la sección 7.3.2, “Servicios de apoyo entre pares”).

Centros comunitarios de salud mental

En muchos países, los centros comunitarios de salud mental son la piedra angular de la atención en la comunidad. Estos centros suelen contar con equipos multidisciplinarios y deben estar bien conectados con los centros de atención primaria, los hospitales locales y organizaciones más allá del sector de la salud (véase el recuadro 7.13, “Perú: atención integral de salud mental en la comunidad”).



ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.13

Perú: atención integral de salud mental en la comunidad

En el 2013, el Ministerio de Salud de Perú estimó que los problemas de salud mental eran muy prevalentes y, sin embargo, pocas personas podían acceder a la atención que necesitaban. Así comenzó una serie de reformas para permitir la atención de salud mental para todas las personas. Tras la aplicación de leyes progresistas para incorporar la cobertura de atención de salud mental en el plan nacional de seguro de salud y garantizar los derechos de las personas con problemas de salud mental, las autoridades de salud han adoptado un enfoque múltiple para establecer una atención integral comunitaria en todo el país (véase la figura).

La clave del enfoque de Perú es una red de centros comunitarios de salud mental que se ha multiplicado por nueve entre el 2015 y el 2021, extendiéndose por todas las regiones. Estos centros cuentan con un equipo multidisciplinario y atienden a una población de unas 100 000 personas, proporcionando tratamiento de salud mental y rehabilitación para la población infantil y adolescente y las personas adultas. Cada uno organiza actividades comunitarias que incluyen iniciativas de promoción y prevención en materia de la salud mental. También apoyan a los prestadores de servicios de atención primaria de salud con capacitación y asistencia técnica.

Los centros comunitarios de salud mental se complementan con 30 unidades especializadas en hospitales generales y 55 hogares protegidos que proporcionan alojamiento y atención las 24 horas del día y todos los días de la semana, a personas con necesidades de apoyo relativamente importantes o sistemas frágiles de apoyo familiar, y a mujeres víctimas de violencia doméstica. Las unidades especializadas de los hospitales generales ofrecen hospitalización a corto plazo solamente.

Juntos, los centros comunitarios de salud mental, los hogares protegidos y las unidades especializadas de

los hospitales generales velan por que las personas que de otro modo terminarían en hospitales psiquiátricos puedan ser atendidas en sus propias comunidades. Como tales, estos establecimientos desempeñan un papel importante en la prestación de atención de salud mental accesible y aceptable.

El Ministerio de Salud prevé seguir ampliando la red para asegurar que la atención integral de salud mental en la comunidad esté disponible para todas las personas.

FIGURA

Expansión de la atención de salud mental en Perú, 2014–2020.



Fuente: Ministerio de Salud, 2021 (502). Fuente de la figura: Mental Health atlas, OMS, datos brutos sin publicar, 2014 y 2020.

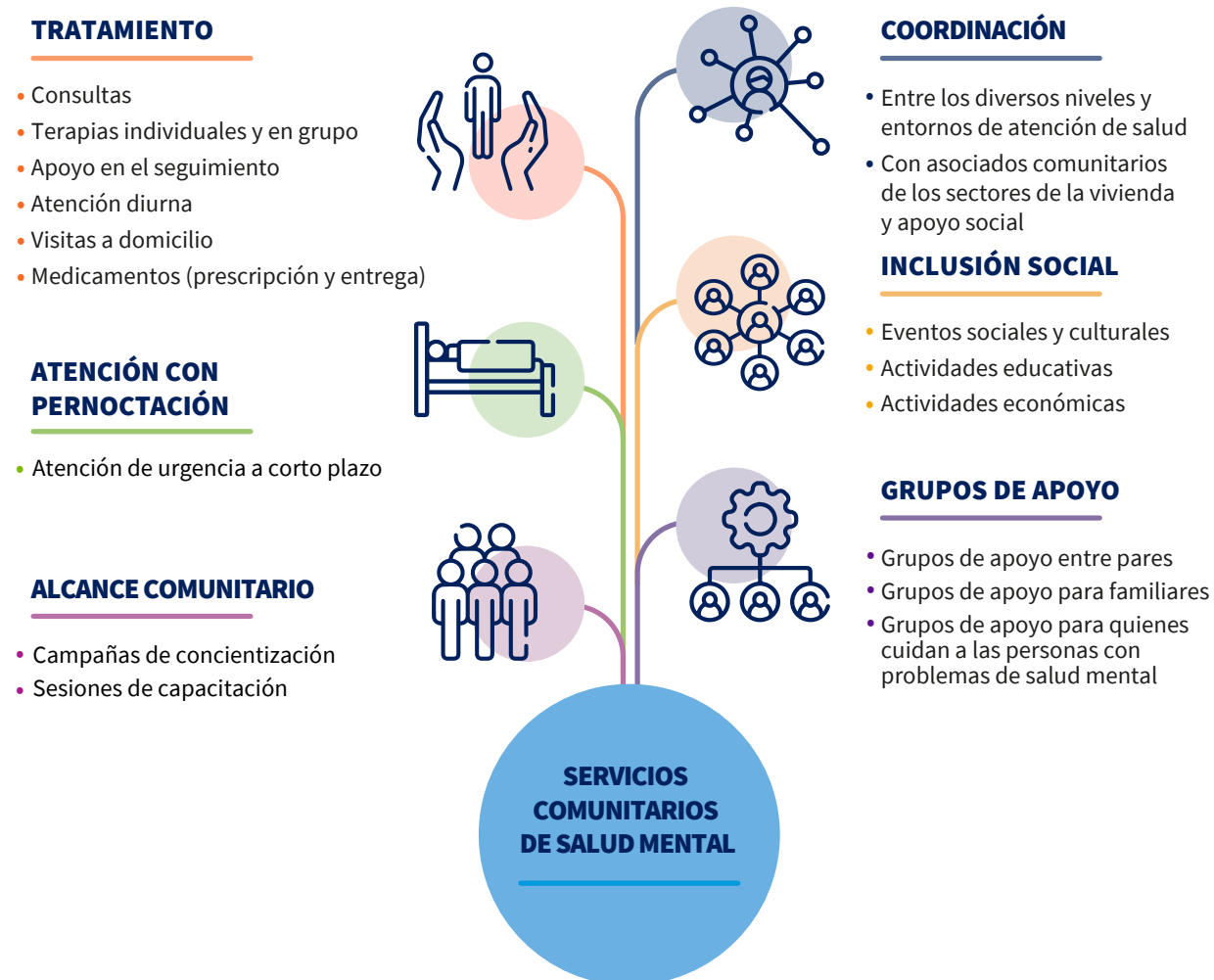
Los centros comunitarios de salud mental pueden atender diversos problemas de salud mental en la población infantil y adolescente y en las personas adultas por igual. Los centros se ven diferentes en diferentes países, pero a menudo desempeñan un papel multifacético en el apoyo a las personas (véase la figura 7.4). En los centros comunitarios de salud mental, las personas suelen recibir servicios para episodios agudos o recaídas en el funcionamiento, y pueden ser internadas por períodos cortos. Las personas también pueden ser internadas como parte del cuidado de respiro, o pueden asistir al centro durante el día para exámenes médicos periódicos y recibir atención

médica o psicológica diurna, o participar en grupos terapéuticos y programas de recuperación.

A menudo, los centros comunitarios de salud mental también tienen espacios y actividades para apoyar la participación en la vida comunitaria (503). Por ejemplo, en Brasil, cada centro incluye áreas comunes para socializar, interactuar y comer, junto con salas de asesoramiento individual y una sala de actividades grupales. Algunos centros también organizarán actividades y eventos en la comunidad en espacios públicos, como parques, centros recreacionales comunitarios y museos.

FIG. 7.4.

Ejemplos de servicios que pueden prestarse en centros comunitarios de salud mental



Equipos comunitarios de salud mental

Algunos países utilizan equipos comunitarios de salud mental para proporcionar atención clínica y apoyo comunitarios. Estos equipos pueden trabajar en diferentes establecimientos, como hospitales generales, clínicas de atención primaria o centros de salud comunitarios. Es posible que haya diferentes equipos para diferentes grupos etarios, que pueden prestar servicios clínicos en entornos ajenos a la atención de salud, como las prisiones. Además, pueden proporcionar atención domiciliaria si es necesario.

Los miembros del equipo comunitario de salud mental trabajan juntos para atender las múltiples necesidades de las personas con problemas de salud mental. Colman la brecha que existe entre la atención proporcionada por generalistas, como parte de la atención primaria de salud, y la atención hospitalaria. Pueden ayudar a las personas a evitar la hospitalización durante períodos de crisis.

Los equipos de salud mental también pueden realizar intervenciones tempranas especializadas para personas en un estado clínico de alto riesgo de psicosis, a menudo combinando la atención domiciliaria con aportes de familiares y amistades (véase el recuadro 7.14, “Servicios para personas con un primer episodio de psicosis”). La intervención temprana especializada en psicosis se está convirtiendo en una práctica común en los países de ingresos altos. Los expertos señalan

que estas intervenciones preventivas pueden adaptarse a los entornos de los países de ingresos bajos y medianos incorporando los principios y los componentes terapéuticos de la intervención temprana en los servicios de salud mental en los países de ingresos bajos y medianos (504, 505).

Dependiendo de la disponibilidad de recursos, los equipos pueden ser numerosos y totalmente multisectoriales, compuestos por un profesional de psiquiatría, psicología, enfermería psiquiátrica, asistencia social y terapia ocupacional, o pueden ser mucho más pequeños y estar integrados por uno o dos profesionales de salud mental que se centren en servicios específicos.

Como prestadores de un servicio especializado y específico, los equipos comunitarios de salud mental pueden desempeñar varias funciones importantes dentro de una red de servicios en la comunidad. Algunas de las funciones que tienen pueden incluir:

- capacitar, supervisar y apoyar a los prestadores de servicios de atención primaria de salud no especializados;
- realizar intervenciones clínicas para personas que sufren trastornos que son demasiado complejos para ser atendidas en la atención primaria, pero que no necesariamente requieren hospitalización; y
- llevar a cabo actividades preventivas y de promoción en su región.



ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.14

Servicios para personas con un primer episodio de psicosis

En los últimos tres decenios han surgido programas de prevención e intervención temprana de la psicosis basados en la evidencia para adolescentes y adultos jóvenes que experimentan un primer episodio de psicosis. Con inicio en Australia, se han puesto en marcha diversos servicios para el manejo de la psicosis temprana en países de ingresos altos en todo el mundo. Dichos servicios suelen estar disponibles las 24 horas del día y los siete días de la semana, con derivaciones de cualquier origen y un solo punto de contacto telefónico.

La primera fase de la atención consiste en una evaluación presencial de la persona joven. La reunión generalmente se realiza en el hogar de esta persona e incluye aportes de familiares, amistades y de otro tipo para tratar de comprender lo que está sucediendo y el tipo de apoyo que necesita.

Luego, un equipo multidisciplinario proporciona un manejo intensivo del caso en el hogar. Proporcionar atención en el hogar de la persona significa que las amistades y la familia pueden ayudarla según sea necesario, con profesionales de salud mental que brindan apoyo regular.

Fuente: Orygen Youth Health, 2021 (506).

Las intervenciones psicosociales varían según las necesidades de la persona. Por ejemplo, a medida que avanza la recuperación, el asesoramiento puede ayudarla a aprender formas prácticas de prevenir nuevos episodios, como abordar el estrés y reconocer las señales de alerta temprana. El tratamiento también implica trabajar con la persona para determinar lo que es importante para ella en su recuperación. Esto puede implicar regresar a la escuela, conseguir un trabajo, encontrar alojamiento, obtener ayuda financiera o hacer nuevas amistades. El asesoramiento individual, las actividades grupales y las terapias basadas en actividades se utilizan para ayudar a lograr estos objetivos.

Si bien la atención se centra en los servicios comunitarios, pasar algún tiempo en el hospital durante un episodio de psicosis antes de continuar con el tratamiento domiciliario a veces forma parte de la atención. La atención de pernocta se proporciona en un entorno amigable para la juventud y, en la mayoría de los casos, es solo a corto plazo.

En algunos países, donde la atención primaria de salud está a cargo del personal de enfermería al que no se le permite recetar medicamentos psicotrópicos, una función importante de los equipos comunitarios de salud mental puede ser prestar servicios de evaluación inicial y de receta de medicamentos que puedan prevenir las visitas al hospital (véase el [recuadro 7.15, “Equipos comunitarios de salud mental en Georgia”](#)).

Los equipos comunitarios de salud mental suelen ser móviles para poder llegar a diversos establecimientos dentro de una zona. Esto generalmente alivia parte de la carga financiera del usuario y, por lo tanto, alienta a las personas a participar en la atención continua. Esto es particularmente importante en las zonas más rurales donde, por ejemplo, el acceso a la clínica local puede ser relativamente fácil, mientras

que el acceso al hospital más cercano puede ser demasiado costoso o difícil de considerar.

Los servicios prestados por los equipos comunitarios de salud mental no están necesariamente disponibles todo el día todos los días, lo que puede ser inconveniente para algunas personas; aunque se pueden prestar con cita previa durante días regulares y establecidos.

Disponer de equipos comunitarios de salud mental puede reducir sustancialmente el número de personas que necesitan atención hospitalaria, y asignar recursos a este nivel suele ser costo eficaz y ayuda a los hospitales a no verse desbordados.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.15

Equipos comunitarios de salud mental en Georgia

En Georgia, los equipos comunitarios de salud mental brindan servicios especializados de nivel secundario diseñados para atender a las personas adultas que sufren problemas graves de salud mental cerca de donde viven.

Cada equipo acepta derivaciones de centros de salud mental ambulatorios, después de que una persona ha sido diagnosticada con un problema de salud mental, y si esa persona cumple ciertos criterios (es decir, varias hospitalizaciones anteriores). Luego, los equipos prestan diversos servicios de tratamiento y rehabilitación.

En todo el país hay 32 equipos comunitarios de salud mental en funcionamiento, que trabajan en 28 lugares. Los equipos trabajan en clínicas móviles y brindan atención de salud mental a personas adultas (de 18 años o más) sobre la base del consentimiento informado. Las personas acuden a las clínicas móviles para consultar a un profesional de la psiquiatría, revisar y recibir recetas de medicamentos psicotrópicos cuando corresponda, recibir psicoeducación básica y acceder a apoyo psicosocial para resolver problemas sociales.

Los equipos comunitarios de salud mental de Georgia son de carácter multidisciplinario y constan de al menos tres especialistas. Un miembro del equipo es jefe del equipo y lleva a cabo la supervisión general del proceso de trabajo. Un psiquiatra es un miembro necesario del equipo, mientras que otros miembros pueden ser asistentes sociales, profesionales de la psicología, la enfermería o la medicina, en formación.

Entre el 2015 y el 2022, el número de equipos comunitarios de salud mental en Georgia aumentó de tres en Tiflis a 32 en diferentes distritos. En conjunto, la red de equipos comunitarios de salud mental incluye 33 psiquiatras y 66 profesionales de salud mental que trabajan para proporcionar atención de salud mental en la comunidad a la población de Georgia de más de 3,7 millones de habitantes.

Este crecimiento fue posible gracias a que el Ministerio de Salud priorizó la atención de salud mental en la comunidad, con lo que la asignación presupuestaria para los equipos comunitarios de salud mental se multiplicó por doce.

Fuentes: E. Chkonia, G. Geleishvili y N. Makhashvili, Georgia, comunicaciones personales, 2021-2022



A menudo, un miembro del equipo asumirá el papel de coordinador de la atención o gestor de casos, trabajando con personas para elaborar planes de atención conjuntamente.

Los equipos pueden aumentar la aceptación de los servicios de salud mental y la satisfacción por parte de las personas respecto de esos servicios. Aumentan la continuidad y la flexibilidad de la atención. Además, las probabilidades de que las personas atendidas por los equipos sean hospitalizadas o utilicen servicios sociales son mucho menores que las de las personas que acceden a la atención ordinaria de salud mental (507).

Los equipos comunitarios de salud mental generalmente operan dentro de una zona geográfica definida y están equipados para realizar una amplia gama de intervenciones.

En algunos países de ingresos altos se han establecido equipos especializados como un servicio adicional para lograr objetivos específicos o llegar a grupos específicos. Por ejemplo, muchos países europeos utilizan equipos de tratamiento asertivo comunitario para el tratamiento especializado de alcance comunitario proporcionado

por unidades móviles para la población infantil y adolescente de difícil acceso que sufren problemas graves de salud mental (508). Las investigaciones indican que estos enfoques activos pueden reducir las hospitalizaciones, como también mejorar los síntomas y el funcionamiento general de personas adultas y jóvenes con problemas graves de salud mental (509).

Servicios para la gestión de crisis

Los servicios para la gestión de crisis de salud mental están diseñados para apoyar a las personas que tienen necesidades agudas de salud mental, ya sea debido a un problema de salud mental que se agrava de repente o a una nueva necesidad de ayuda urgente. Se prestan en gran medida a través de centros y equipos comunitarios de salud mental y pueden incluir atención de urgencias durante el día o pernoctaciones en un centro (incluso para brindar descanso o atención de respiro). También pueden ofrecerse a través de unidades especializadas en hospitales generales. Por ejemplo, en República Dominicana, los servicios para la gestión de crisis que incluyen estancias de corta duración cuando sea necesario se prestan tanto en hospitales regionales (véase



el recuadro 7.12, “República Dominicana: conceder a los hospitales regionales el primer plano”) como en hospitales de derivación.

En algunos países, las casas para la gestión de crisis y los refugios seguros en entornos comunitarios ofrecen una opción adicional para las personas que no quieren hospitalizarse. Las casas para la gestión de crisis generalmente ofrecen tratamiento intensivo y alojamiento durante la noche en un establecimiento con un número reducido de camas. Los refugios seguros no tienen camas necesariamente, pero están abiertos durante la noche como lugares de apoyo para que las personas acudan cuando sufren una crisis. Algunos de esas casas y de los refugios seguros están abiertos para cualquier persona que tenga necesidades agudas de salud mental; otros están diseñados para grupos específicos, como mujeres sin hogar o adolescentes de ambos sexos en riesgo inminente de suicidio.

En algunos países, las personas también pueden acceder al asesoramiento y apoyo de expertos durante una crisis de salud mental sin tener que salir de su hogar. A veces, esto se debe a que los equipos de tratamiento domiciliario están disponibles para proporcionar evaluación, apoyo y cuidados intensivos rápidos en el hogar de una persona. Este tipo de tratamiento permite reducir a un mínimo la interrupción de la vida de una persona y tiene en cuenta las formas en que la familia y las redes sociales pueden apoyar el proceso de recuperación, en particular en el caso de la población infantil y adolescente.

En la mayoría de los países, los servicios para la gestión de crisis prestados por especialistas se complementan con líneas de asistencia las 24 horas del día, que suelen contar con personal voluntario capacitado y supervisado que puede derivar a las personas que necesitan ayuda adicional para que reciban asistencia de profesionales (véase el recuadro 7.16, “Malasia: líneas de asistencia para la salud mental”).

Apoyo a la transición de la atención de salud mental para adolescentes a la atención de salud mental para personas adultas

La atención estándar de salud mental generalmente se brinda a través de dos sistemas distintos: los servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia y los servicios de salud mental para personas adultas. En la mayoría de los países de ingresos bajos y medianos, los servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia están mucho menos disponibles que los servicios para personas adultas (512).

En la mayoría de los países, el límite máximo de elegibilidad relativo a los servicios para la infancia y la adolescencia es de alrededor de 16 a 18 años, y después de esta edad una persona joven con necesidades continuas puede verse obligada a hacer la transición a los servicios para personas adultas. Un punto débil importante en la prestación general de servicios es que dicha transición dista mucho de ser fluida. Cuando las vías de derivación entre los dos sistemas son imperfectas, es posible que las personas abandonen el servicio o queden entre los dos conjuntos de servicios. Algunos jóvenes, aunque no se encuentran bien, tal vez no alcancen los umbrales de elegibilidad para la atención de los servicios para personas adultas. Además, la población joven a menudo experimenta una diferencia notable en la atención cuando hacen la transición de los servicios para la infancia y la adolescencia a los servicios para personas adultas.

La transición de los servicios de salud mental para la infancia y la adolescencia a los servicios de salud mental para las personas adultas a menudo dista mucho de ser fluida.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.16

Malasia: líneas de asistencia para la salud mental

En Malasia, el gobierno y las organizaciones no gubernamentales administran múltiples líneas de asistencia para brindar apoyo psicológico durante una crisis de salud mental

Línea de asistencia inmediata Befrienders. El programa Befrienders brinda apoyo emocional gratuito las 24 horas del día y todos los días de la semana, mediante personal voluntario capacitado, a cualquier persona que se sienta sola o desesperada, que experimente malestar psicológico o tenga pensamientos suicidas.

Asesoramiento básico de emergencia. Lifeline Association Malaysia ofrece asesoramiento gratuito mediante personal voluntario capacitado de manera presencial, por teléfono o por correo electrónico. Todos los asesores reciben supervisión y apoyo; y el personal voluntario con más de tres años de experiencia desempeñan un papel importante en la capacitación de nuevo personal.

Líneas de asistencia inmediata para sobrevivientes.

Las ONG Women's Aid Organization (WAO) y All Women's Action Society brindan servicios para la gestión de crisis gratuitos y confidenciales, que incluyen asesoramiento telefónico o en línea, a las personas sobrevivientes de la violencia. Durante la pandemia de COVID 19, la WAO realizó más de 7100 consultas por teléfono, mensajes de texto y correo electrónico.

Línea de asistencia inmediata de apoyo psicosocial y para la salud mental.

En asociación con Mercy Malaysia, el Ministerio de Salud estableció la línea de asistencia de apoyo psicosocial y para la salud mental a fin de atender a las personas que sufren las repercusiones de la COVID 19. La línea cuenta con una combinación de asesores ministeriales y personal voluntario capacitado no especializado. Entre enero y junio del 2021, la línea de asistencia inmediata recibió más de 122 300 llamadas en las que se pedía apoyo. Alrededor del 90% de estas llamadas se relacionaban con problemas sociales como el desempleo, la pérdida de ingresos y cuestiones relacionadas con la familia.

Fuentes: AIA Malasia, 2021 (510); Kaos, 2021 (511).

En respuesta a ello, hay un movimiento cada vez mayor para establecer centros integrados en la comunidad que brinden servicios ininterrumpidos para adolescentes y adultos jóvenes (generalmente de 12 a 25 años) de ambos sexos. Además de los servicios de salud mental, estos

centros suelen prestar otros servicios sociales y de salud en un solo entorno comunitario (véase el recuadro 7.17, “*Headspace: no hay puerta equivocada para la población joven en Australia y Dinamarca*”). A veces se les denomina “servicios de ventanilla única”.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.17

Headspace: no hay puerta equivocada para la población joven en Australia y Dinamarca

Headspace se puso en marcha en el 2006 en Australia con el propósito de la brecha de los servicios de salud mental para la población joven de 12 a 25 años. Ahora hay más de 100 centros de Headspace en Australia y 28 en Dinamarca.

La población joven local ayuda a diseñar cada centro y los servicios que ofrece. Cada centro está ubicado deliberadamente cerca de puntos donde converge el transporte público para facilitar el acceso. Los profesionales de salud mental de los centros proporcionan atención psicológica basada en la

evidencia; la población joven también puede acceder a servicios de salud física y sexual, y apoyo laboral y educacional.

Una característica clave de Headspace es la política de “no hay puerta equivocada”. Esto significa que la población joven puede derivarse a sí misma o ser derivada desde cualquier servicio. Todos los centros incorporan sistemáticamente los datos a una base de datos nacional que se utiliza para monitorear y evaluar las actividades y los resultados del servicio para orientar la mejora continua

Fuentes: Headspace, 2021 (513); Rickwood et al., 2019 (514).

7.3.2 Servicios de apoyo entre pares

Los servicios de apoyo entre pares en la atención de salud mental se refieren al aprovechamiento por parte de las personas de sus propias experiencias para ayudarse mutuamente, intercambiando conocimientos, ofreciendo apoyo emocional, creando oportunidades de interacción social, ofreciendo ayuda práctica o participando en las actividades para sensibilizar y abogar por la salud mental. Una revisión sistemática de 30 ensayos aleatorizados reveló que estos servicios pueden ser eficaces para la recuperación clínica y personal de las enfermedades mentales (Dorien Smit, Pro Persona Mental Health Care, datos sin publicar, marzo del 2022). Los efectos son moderados, aunque sistemáticos, lo que indica que estos servicios pueden ser eficaces en una amplia gama de problemas de salud mental y de tipos de intervención.

Los servicios de apoyo entre pares no están regulados y presentan muchas formas y tamaños diferentes y pueden ofrecerse en diferentes niveles de atención de salud. Pueden ser grupos de autoayuda de pares que se reúnen presencialmente para intercambiar apoyo psicosocial (véase la [experiencia de Dixon](#)) o planificar actividades locales de promoción (véase el [recuadro 7.18](#), “Kenya: grupos de apoyo entre pares de Users and Survivors of Psychiatry in Kenya”) (509). Pueden ser grupos de terapia en línea dirigidos por un compañero capacitado, o pueden ser un servicio de tutoría o para establecer lazos de amistad que conecta a las personas entre sí (312). En todos los casos, el objetivo es apoyar a las personas en la vía de recuperación que han elegido de manera que se proteja la confidencialidad y esté libre de juicios y suposiciones.

Los servicios de apoyo entre pares son igualmente variados. Pueden prestarlos personal contratado por servicios de salud mental, defensores nombrados a través de una red dirigida por pares o personal

TESTIMONIO

La gratitud y la generosidad son mi cura



La experiencia de Dixoni

Tengo tres hermanos. Mi madre y mi padre eran de una tribu diferente; amables pero muy reservados. No había cercanía. Ir a la escuela fue difícil para mí. El ambiente era ruidoso y bullicioso, y me sentía intimidado. Para evitar la atención que no podía afrontar, me hice invisible. Al llegar a la mayoría de edad, comencé a ser lo que yo llamo “un desastre”. Me costaba moverme por el mundo y no sabía lo que me estaba pasando. Sentía que había perdido mi alma.

Durante años, estuve muy mal. Una semana deprimido, luego eufórico por un tiempo, ansioso por unos días, luego no podía dormir. Me embargaban todo tipo de emociones. Me dolía el alma. Algunas de mis amistades de la universidad se suicidaron. Yo mismo intenté hacerlo una vez. Seguí aguantando.

Luego mi suerte cambió. Comencé a tomar un nuevo medicamento y empecé a ver a mi psicólogo

universitario para recibir orientación y asesoramiento. Pronto me sentí mucho mejor. Ahora estoy bastante bien, aunque todavía me siento nervioso cuando estoy con otras personas. Toma mucho tiempo que nuestra autoestima crezca.

Hoy vivo felizmente por mi cuenta. Asisto a GROW, un grupo de compañeros de autoayuda en el que recibo amistad y apoyo. Me interesa la espiritualidad. Haber tocado fondo en realidad me ayudó a ver que hay cosas más importantes que la carrera de locos.

He descubierto que la gratitud y la generosidad son una cura que me ha servido para no sentirme abatido ni insignificante. Estoy empezando a gustarme a mí mismo.

Dixoni Emmanuel, República Unida de Tanzania

voluntario con experiencia propia. En todos los casos son expertos por su experiencia y pueden aprovechar sus conocimientos de primera mano para conectarse y relacionarse con personas que sufren problemas de salud mental. Los prestadores de servicios de apoyo entre pares pueden actuar como confidentes, educadores, orientadores, defensores, colegas y mentores empáticos.

En muchos casos, los pares pueden tener características en común que no se relacionan directamente con la salud mental, como la edad o el origen étnico, que pueden ayudar a las personas a sentirse más cómodas y seguras al buscar ayuda. Por ejemplo, en el programa de concientización

entre pares sobre la depresión de Michigan (Estados Unidos), cuyo objetivo era apoyar la detección y el tratamiento tempranos de la depresión en entornos escolares, los estudiantes actuaron como defensores de pares (515). Diseñaron y pusieron en marcha campañas de concientización sobre la depresión para ayudar a crear un entorno escolar de apoyo y conectar a sus compañeros con recursos, información y lugares apropiados para la atención de la salud mental. Un año después de la ejecución del programa, los estudiantes informaron sentirse más cómodos y seguros al hablar con sus compañeros sobre problemas de salud mental y dijeron que eran más propensos a pedir ayuda si tenían síntomas de depresión.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.18

Kenya: grupos de apoyo entre pares de Users and Survivors of Psychiatry in Kenya

Users and Survivors of Psychiatry in Kenya [usuarios y sobrevivientes de la psiquiatría en Kenya] es una organización nacional de afiliados dirigida por pares que trabaja para promover los derechos de las personas con discapacidades psicosociales. Como parte de sus actividades, esta organización dirige grupos de apoyo entre pares en la comunidad en los que las personas con experiencia propia pueden reunirse para contar su historia, brindarse apoyo psicosocial mutuo y hablar sobre temas específicos, por ejemplo, estrategias de respuesta a crisis o medios de subsistencia locales.

Desde la puesta en marcha de su primer grupo de apoyo entre pares en Nairobi en el 2012, la organización ha establecido una red de trece grupos en seis condados de Kenya. Cada grupo está dirigido por un compañero designado por el grupo y se reúne regularmente. A

cada reunión asisten entre 20 y 35 personas. Cada grupo también tiene vínculos bidireccionales con los centros de salud locales a través de un asistente social o de salud comunitario que forma parte del grupo y a través de un sólido sistema de derivación en el que los profesionales de salud mental pueden derivar a las personas a los grupos de apoyo entre pares.

Users and Survivors of Psychiatry in Kenya estima que, en total, sus grupos de apoyo entre pares han brindado acceso a más de 200 personas a servicios de salud mental dentro de su comunidad. La organización informa, además, que los grupos de apoyo entre pares han reducido la estigmatización y la discriminación, han empoderado a los miembros para abogar por sí mismos y han mejorado el bienestar general y la vida independiente.

Fuentes: OMS, 2021 (438); USP Kenya, 2021 (516).



7.3.3 Rehabilitación psicosocial

Así como la atención clínica es un componente clave de los servicios comunitarios de salud mental, también lo es la rehabilitación psicosocial, la cual implica un conjunto de actividades centradas en mejorar el funcionamiento y reducir la discapacidad de las personas con problemas de salud mental (517). La rehabilitación psicosocial en la comunidad ayuda a las personas a lograr su funcionamiento óptimo y su inclusión en la comunidad. Implica mejorar las competencias de las personas y realizar cambios ambientales de modo que las personas con problemas de salud mental puedan llevar adelante una vida productiva y satisfactoria en la comunidad.

El apoyo centrado en la persona, orientado a la recuperación y basado en los derechos humanos es esencial (véase la [sección 7.1.1, “Poner a las personas en primer lugar”](#)). Además, asegurar la disponibilidad de actividades de rehabilitación psicosocial en la comunidad no solo es importante para una desinstitucionalización eficaz, sino también para atender las necesidades de inclusión social y vida independiente de las personas, de acuerdo con su voluntad y sus preferencias.

Los centros y equipos comunitarios de salud mental desempeñan una función importante en el apoyo a la rehabilitación psicosocial mediante una combinación de actividades de rutina, de alcance comunitario y de subsistencia. Estos pueden incluir actividades como discusiones de grupos de pares, formación práctica sobre vida independiente y habilidades sociales, apoyo a la vivienda, educación y asistencia vocacional, actividades que fortalecen las redes de apoyo social y actividades de ocio. La prestación de apoyo para

el acceso a servicios sociales y de salud, como la vivienda o los beneficios sociales, también forma parte de la rehabilitación psicosocial.

La rehabilitación psicosocial en la comunidad a menudo se proporciona junto con asociados no gubernamentales. Puede proporcionarse a través de centros de atención diurna o “clubes” administrados por organizaciones de la sociedad civil (véase el [recuadro 7.19, “Fountain House: clubes para la recuperación”](#)). Los clubes pueden incluir programas específicos para adaptar el apoyo a diferentes grupos etarios. Por ejemplo, los programas para personas jóvenes de ambos sexos (de 18 a 25 años) pueden centrarse en fomentar la autonomía y la independencia y ofrecer apoyo a estas personas para que soliciten empleo, tengan acceso a la educación superior y encuentren su propio lugar para vivir. Por otro lado, los programas para personas mayores pueden centrarse en reducir el aislamiento social y apoyar las amistades y las conexiones sociales, incluso superando las barreras de transporte y generando confianza en el uso de la tecnología para mantenerse conectados.

La rehabilitación psicosocial también puede proporcionarse a través de otros modelos de distribución de tareas entre prestadores de servicios no especializados y comunitarios procedentes de las comunidades locales. La experiencia demuestra que la participación de las comunidades locales en la prestación de servicios de rehabilitación en la comunidad puede complementar los servicios especializados y mejorar el acceso, la equidad y la aceptabilidad de las intervenciones (véase el [recuadro 7.20, “Vivir con psicosis: tres niveles para la rehabilitación en la comunidad”](#)) (518).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.19

Fountain House: clubes para la recuperación

Durante más de 65 años, Fountain House ha estado apoyando a personas que sufren problemas graves de salud mental a través de su modelo pionero de clubes de rehabilitación psicosocial. Los clubes están organizados como un sistema para apoyar a las personas con problemas de salud mental, en lugar de proporcionar un servicio formal o un programa de tratamiento.

Lo que comenzó como un club social en la ciudad de Nueva York en 1948 se ha convertido en una red mundial de más de 300 clubes en más de 30 países, incluidos Argentina, China, India y Rusia. Cada club se basa en la creencia de que todas las personas pueden recuperarse de los efectos de los problemas de salud mental lo suficiente como para llevar adelante una vida personalmente satisfactoria en la comunidad. Con ese fin, cada club ofrece una combinación de servicios básicos sociales y de salud que no solo tiene como objetivo atender las necesidades básicas, sino que también hace hincapié en las metas y aspiraciones de las personas.

Los clubes son comunidades participativas orientadas a la recuperación, donde los miembros y el personal trabajan conjuntamente para mantener las operaciones diarias. Juntos realizan

actividades destinadas a apoyar a los miembros para que regresen a la escuela o al trabajo, accedan a viviendas comunitarias, promuevan el bienestar, reduzcan las hospitalizaciones y mejoren las relaciones sociales. En todos los casos, los miembros eligen cuándo y cómo participar.

Las asociaciones estrechas con el sistema de salud permiten a los clubes influir en la calidad de la atención médica ofrecida a las personas con problemas graves de salud mental y fomentarla, y asegurar una atención centrada en la persona que abarque las necesidades sociales y de salud.

Los clubes de Fountain House son eficaces para promover el empleo, reducir las hospitalizaciones y mejorar la calidad de vida. También pueden ayudar a mejorar el nivel de instrucción y crear un mayor sentido de comunidad, lo que para los miembros se traduce en mayores índices de autoempoderamiento y mayor confianza en sí mismos. Respecto de las personas adultas jóvenes, los clubes pueden ayudar a cerrar la brecha entre la atención de salud mental para la población infantil y para la población adulta, continuando el apoyo hasta más adelante en la vida si es necesario.

Fuentes: Barbui et al., 2018 (519); Pardi et al., 2018 (520).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.20

Vivir con psicosis: tres niveles para la rehabilitación en la comunidad

En las zonas remotas y rurales de la India, un enfoque escalonado para la rehabilitación en la comunidad ha ofrecido un modelo factible y eficaz de atención para las personas que sufren esquizofrenia crónica, trastorno afectivo bipolar y otras psicosis.

El enfoque, que se aplicó en asociación con la organización no gubernamental local Ashagram Trust, comprendía tres niveles de prestación de servicios:

- Las clínicas ambulatorias, donde un profesional de la psiquiatría realizaba exámenes clínicos, prescribía medicamentos psicotrópicos y, en colaboración con un profesional de la psicología, proporcionaba psicoeducación y asesoramiento familiar.
- Trabajadores de salud comunitarios, que fueron capacitados para impartir psicoeducación y realizar intervenciones psicosociales básicas para mejorar la atención personal, vincular a las personas con servicios de salud general

y oportunidades de empleo, y aumentar la inclusión social al incrementar la participación política y social.

- Familias y grupos de salud de las aldeas (samitis), que ayudan a fortalecer las redes sociales y promueven la participación social y económica, incluso proporcionando acceso al microcrédito.

El enfoque se ha aplicado en cuatro bloques (subdistritos) de la India y en cada caso se observó que era eficaz para superar los obstáculos a la atención, lo que conduce a una mejor adhesión al tratamiento, una reducción de la discapacidad y una mejor inclusión social. En Pati, donde el modelo escalonado de atención se evaluó cuatro años después de su implementación inicial, se observó que más del 80% de los participantes habían tomado parte en actividades comunitarias como bodas y festivales comunitarios. La mayoría también había ejercido sus derechos como ciudadanos asistiendo a las reuniones del consejo de aldea y votando en las elecciones de la aldea.

Fuentes: Chatterjee et al., 2003 (521); Chatterjee et al., 2009 (522).



7.3.4 Servicios de asistencia para la vida cotidiana

Cuando son factibles, los servicios de asistencia para la vida cotidiana (o vivienda subvencionada) son otro componente importante de los servicios comunitarios de salud mental. Estos atienden a una pequeña minoría de personas con problemas de salud mental, específicamente las que tienen necesidades complejas a largo plazo.

Para estas personas, los servicios de asistencia para la vida cotidiana ayudan a evitar la atención hospitalaria (454). También representan un apoyo esencial para muchos residentes a largo plazo una vez que se les da de alta a partir del proceso de desinstitucionalización (véase [la experiencia de Alejandra](#)).

En Brasil, la estrategia de desinstitucionalización incluye dos servicios complementarios para atender las necesidades de vivienda para las personas antes internadas a largo plazo:

- el servicio terapéutico residencial, que consta de viviendas ubicadas en espacios urbanos para un máximo de ocho personas; y
- el programa “De Volta para Casa”, en el que se proporciona apoyo financiero para la asistencia, el seguimiento y la resocialización fuera del hospital.

Hoy día en Brasil, más de 4000 personas que fueron hospitalizadas durante largos períodos viven con sus familias o en establecimientos de servicios terapéuticos residenciales y reciben ayudas del programa De Volta para Casa, mientras son monitoreadas por servicios comunitarios de salud mental (523).

Es importante destacar que, al igual que difieren los niveles de dependencia de las personas que sufren problemas de salud mental, también difieren los niveles

de apoyo proporcionados a través de los servicios de asistencia a la vida cotidiana.

A veces, todo lo que las personas necesitan es la infraestructura física para vivir independientemente, ya sea por su cuenta o con otras personas en situaciones similares. Sin embargo, a veces las personas requieren niveles adicionales de apoyo que les ayude a atender sus necesidades de salud (incluida la salud mental) y en relación con el consumo de drogas y alcohol, la gestión de los beneficios y las deudas, el desarrollo de habilidades para la vida diaria o el acceso a la educación, la capacitación y el empleo. Algunos países utilizan presupuestos personales de salud para ayudar a asegurar que el apoyo adicional proporcionado responda a las prioridades individuales. Los presupuestos personales de salud no representan nuevos fondos; más bien constituyen una forma distinta de gastar los fondos de salud para atender las necesidades de una persona. Se pueden usar para diversas finalidades como terapias, cuidado personal o equipamiento. Una evaluación de los presupuestos personales de salud en el Reino Unido indicó que mejoran considerablemente la calidad de vida y el bienestar de las personas y son costo eficaces (524).

La gama de servicios residenciales necesarios y factibles en cualquier esfera determinada dependerá de qué otros recursos y servicios estén disponibles localmente, y de diversos factores socioculturales, como la magnitud de la atención familiar que generalmente se brinda. Esto significa que los planes de vivienda subvencionada deben considerar el uso de una combinación de establecimientos que pueden incluir, entre otras cosas:

- vivienda social, con acceso prioritario reservado para las personas que sufren problemas de salud mental;
- albergues que ofrecen alojamiento de corta estancia con supervisión;
- centros de rehabilitación que ofrecen estancias cortas, con terapia grupal o individual;

TESTIMONIO

Una sociedad que favorece el bienestar de sus miembros funciona mejor



La experiencia de Alejandra

He tenido una vida de inestabilidad emocional y decisiones erróneas. Cuando tenía 39 años sufrí un trastorno afectivo esquizoide, pero solo recientemente recibí un tratamiento eficaz (a los 44 años). Durante mi hospitalización, mi padre murió y quedé abandonada en el hospital. Acepté ir a un hogar protegido para recibir apoyo y así reintegrarme en la sociedad de manera productiva.

El hogar protegido es parte de un proyecto de inclusión social para personas con trastornos mentales. En cada hogar, hay un miembro del personal capacitado que nos apoya en nuestro desarrollo personal y nuestras necesidades prácticas, y juntos formamos una familia, lo que nos da ánimo y confianza. Para mí, el hogar me proporcionó una base de apoyo y seguridad emocional sobre la cual he podido reconstruir mi vida de manera saludable. Es alentador recibir apoyo como este, y me da mucha esperanza para mi realización personal y mi confianza en la vida. Ahora estoy trabajando mientras sigo viviendo en un hogar protegido.

Creo que difundir información sobre salud mental es muy importante. La información nos da el poder para generar cambios. Ayuda a sensibilizar a la sociedad a fin de prevenir los problemas de salud mental o detectarlos temprano, y para crear empatía e inclusión social. La información nos hace más libres, lo que es una aspiración de los seres humanos, y ayuda a asegurar los derechos individuales a la información, la salud y un trabajo y una vida decentes.

Ha sido difícil para mí conseguir trabajo, pero empezar de nuevo lleva tiempo. Los trastornos mentales no son problemas aislados, ni una consecuencia de alguna dinámica familiar específica. Son problemas sociales que nos implican a todas las personas como comunidad. Unidos somos más fuertes. Invertir en la salud mental es apostar por el futuro porque una sociedad que favorece el bienestar de sus miembros funciona mejor.

La salud mental es nuestro tesoro, nuestra identidad, lo que nos hace únicos.

Alejandra Rivera, Perú

- centros de asistencia residencial que ofrecen apoyo clínico y social; y
- hogares compartidos donde personas con diferentes necesidades y habilidades viven juntas y se ofrecen apoyo mutuo. El alquiler de los hogares compartidos suele ser subvencionado y los residentes suelen contar también con el apoyo de un equipo multidisciplinario de asistentes sociales y de salud (véase el recuadro 7.21, “Home Again: hogares compartidos para mujeres en la India”).

En todos los casos, para evitar la (re)creación de entornos institucionales (conocida como transinstitucionalización), toda instalación de vivienda subvencionada que se establezca debe

ser pequeña, contar con recursos suficientes y estar bien monitoreada (488). Debe promover la vida independiente y respetar los derechos de las personas, incluido el derecho a elegir dónde y con quién vivir (525, 526).

Tradicionalmente, los planes de vivienda subvencionada para personas sin hogar que sufren problemas de salud mental han adoptado un enfoque de “primero el tratamiento”, en el que las personas tenían que haber recibido tratamiento y estar sobrias antes de ser alojadas, o tenían que demostrar su capacidad para vivir independientemente tras pasar por diferentes categorías de servicios de vivienda antes de tener acceso a un alojamiento permanente.

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.21

Home Again: hogares compartidos para mujeres en la India

Home Again [en casa de nuevo] es una intervención de vivienda con servicios de apoyo para mujeres sin hogar en India que sufren problemas de salud mental de larga duración.

Dirigida por la organización no gubernamental The Banyan, Home Again proporciona vivienda compartida en espacios urbanos y rurales donde cuatro o cinco mujeres viven juntas en entornos similares a un hogar, en los que realizan una combinación de actividades laborales, sociales y de ocio facilitadas por un equipo multidisciplinario de prestadores de servicios. Cada casa es también el hogar de un trabajador comunitario capacitado que proporciona atención psicosocial y médica básica.

En el 2019, 245 mujeres recibieron apoyo a través de 50 casas en los estados de Tamil Nadu, Kerala y Maharashtra.

Se ha demostrado que Home Again mejora el funcionamiento de la comunidad, reduce el distanciamiento social entre las mujeres que sufren problemas de salud mental y otros miembros de la comunidad, aumenta la participación en la fuerza laboral y afianza las experiencias de esperanza e interdependencia.

Fuente: OMS, 2021 (527).

No obstante, desde principios de los años noventa, especialmente en los países de ingresos altos, estos modelos tradicionales han dado paso a un enfoque de realojamiento rápido conocido como “primero la vivienda”, que brinda acceso inmediato a una vivienda estable y asequible sin requisitos previos a las personas permanentemente sin hogar que sufren comorbilidades de salud mental, y lo combina con servicios de apoyo flexibles adaptados a las necesidades de cada persona (528). En todos los casos, el enfoque de primero la vivienda está diseñado para brindar

opciones y control, devolviendo los derechos y las responsabilidades a las personas que tal vez han sido excluidas repetidamente.

Hay evidencia de que un enfoque de primero la vivienda mejora la estabilidad y reduce el sinhogarismo o falta de hogar y la hospitalización (529). También hay evidencia que sugiere que este enfoque reduce el uso de servicios de respuesta a emergencias de salud, los refugios de emergencia y la justicia penal (530).

7.4 Servicios de salud mental más allá del sector de la salud

Como se destaca a lo largo del presente informe, la atención de salud por sí sola a menudo no es suficiente para atender todas las necesidades de las personas que sufren problemas de salud mental, especialmente las que viven en la pobreza o sin vivienda, educación o medios para generar ingresos. Esto significa que otros sectores desempeñan una función clave en complementar cualquier servicio de salud mental proporcionado por el sector de la salud. Lo mismo hace una amplia gama de prestadores de servicios comunitarios (por ejemplo, el voluntariado, grupos de mujeres y parteras tradicionales) que pueden brindar apoyo psicosocial (véase el apartado “Más allá de los servicios formales” en la sección 7.1.2, “Una combinación de servicios y de apoyo”).

Transformar los servicios de salud mental implica adoptar un enfoque multisectorial mediante la incorporación de servicios para personas con problemas de salud mental en las políticas y programas de todos los sectores pertinentes, como ayuda para la subsistencia, vivienda, educación, formación profesional, empleo, bienestar social y asistencia jurídica. Se necesita adoptar un enfoque todo el gobierno.

En la práctica, los servicios formales de salud mental que no se limitan al sector de la salud pueden dividirse en dos grandes categorías:

- Los servicios de atención clínica se prestan en entornos ajenos al sector de la salud, que incluyen escuelas, prisiones y centros de acogida para mujeres.
- Los servicios sociales brindan apoyo a las personas que sufren problemas de salud mental para asegurar la inclusión y atender las necesidades básicas, que incluyen vivienda social, educación, empleo y beneficios sociales.

7.4.1 Atención de la salud mental en entornos ajenos al sector de la salud

Las actividades de atención de la salud mental en entornos ajenos al sector de la salud se centran principalmente en actividades de promoción y prevención en materia de salud mental (véase el capítulo 6, “Promoción y prevención para el cambio en la salud mental”).

Sin embargo, en algunos casos, los servicios de salud mental pueden incluir servicios para determinar y proporcionar tratamiento básico para problemas de salud mental.

DetECCIÓN e INTERVENCIÓN tempranas en las escuelas

Las escuelas ofrecen una plataforma sólida para la detección y el tratamiento tempranos de los problemas de salud mental en la población

infantil y adolescente porque funcionan donde se encuentra la mayoría de los niños y niñas que van a la escuela, tienen acceso a las familias, son gratuitas en el punto de uso y superan los obstáculos típicos de acceso, como la ubicación poco conveniente, el transporte costoso y la estigmatización. Se está dando mucho impulso para que el sistema educacional ofrezca esta plataforma, ya que hay evidencia sólida de que invertir en la salud mental mejora los resultados educacionales (531, 532).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.22

REACH: asociaciones comunitarias para mejorar la salud mental de la población joven

Desde el 2007, la iniciativa “Response, Early Intervention and Assessment in Community Mental Health” (REACH) [respuesta, intervención temprana y evaluación en materia de salud mental comunitaria] en Singapur ha brindado apoyo de primera línea a estudiantes que sufren problemas de salud mental mediante el establecimiento de redes regionales multidisciplinarias e intersectoriales de atención.

Los asesores escolares están capacitados para detectar problemas emocionales, sociales y comportamentales, y derivar a los estudiantes a un equipo móvil de manejo de casos integrado por médicos de REACH para realizar la evaluación y la intervención. Los equipos de REACH constan de una combinación de profesionales de la medicina y la psicología, asistentes sociales médicos, profesionales de terapia ocupacional y personal de enfermería psiquiátrica. Si bien los equipos son móviles, tienen su sede en un hospital regional para asegurar una atención continua en caso de que se necesiten más

servicios especializados. Entre el 2007 y el 2015, los asesores escolares derivaron a más de 4000 estudiantes a los equipos de REACH.

REACH facilita el desarrollo continuo de competencias clínicas en los equipos hospitalarios, a través de la supervisión regular y capacitaciones sobre intervenciones basadas en evidencia. La iniciativa también trabaja para aumentar los conocimientos y la capacidad clínica dentro de la comunidad, mediante capacitación específica y actividades de alcance comunitario en torno a los problemas de salud mental de la población joven.

Los profesionales escolares, las organizaciones de servicios sociales y otros interesados directos reciben capacitación sobre problemas específicos de salud mental y técnicas de intervención (incluso para la depresión, el suicidio y la adicción al juego), y sobre cómo apoyar a la población joven cuyos cuidadores estén sufriendo problemas de salud mental.

Fuente: Lim et al., 2017 (534).

La salud mental debe ser parte de los servicios de salud escolares.

La función que pueden desempeñar las escuelas en la salvaguardia de la salud y el bienestar de los estudiantes está bien reconocida en la Iniciativa Mundial de Salud Escolar de la OMS y en la iniciativa HAT de la OMS y el UNICEF (véase la [sección 6.3.2](#), “Protección y promoción de la salud mental de la población infantil y adolescente”).

En las recientes directrices de la OMS sobre los servicios de salud escolares se establece que la salud mental debe formar parte de los servicios de salud escolares (533). Recomiendan que los servicios de salud escolares estén en condiciones de realizar la detección temprana para la derivación y el apoyo respecto de diversos problemas de salud mental, incluido el estrés. También recomiendan que los servicios lleven a cabo asesoramiento en situaciones de crisis y asesoramiento sobre el manejo del consumo de sustancias psicoactivas, y que los servicios de salud escolares apoyen las políticas sobre la lucha contra la intimidación (*bullying*) y sobre la promoción de la salud.

El asesoramiento escolar puede utilizarse como intervención preventiva para niños y niñas que presentan signos incipientes de problemas de salud mental, a efectos de evaluación, como una intervención temprana, o como apoyo paralelo junto con servicios de salud mental especializados. Todo el asesoramiento tiene por objeto brindar a la población joven la oportunidad de hablar de sus dificultades en un entorno propicio y encontrar sus propias formas de responder a sus problemas. El asesoramiento puede incluir trabajo familiar o en grupo. Los asesores escolares también pueden vincular a los niños, las niñas y sus familias con servicios sociales y especializados (véase el [recuadro 7.22](#), “REACH: asociaciones comunitarias para mejorar la salud mental de la población joven”).

Atención de salud mental en el sistema judicial

Los presos tienen muchas más probabilidades de sufrir un problema de salud mental que la población general. Antes de la encarcelación, es más probable que hayan estado expuestos a circunstancias sociales adversas que son factores de riesgo para los problemas de salud mental, como también para la delincuencia. Una vez en la prisión, las personas pueden ser objeto de aislamiento social, malas condiciones de vida, agresión física o sexual o maltrato psicológico, lo que aumenta aún más el riesgo de sufrir problemas de salud mental.

Alrededor del 70% de la población carcelaria del mundo –más de 7 millones de personas– se encuentra en países de ingresos bajos y medianos, donde vive la mayoría de las personas del mundo. Los investigadores estiman que las tasas de psicosis no afectiva y depresión entre estos presos son del 6,2% y el 16,0%, respectivamente, que son 16 y 6 veces más altas que las tasas de la población general, respectivamente (535). De manera similar, la población adolescente en el sistema de justicia juvenil tiene muchas más probabilidades de sufrir problemas de salud mental que la población general, y se estima que el 70% sufre por lo menos un problema de salud mental diagnosticable (536).

Es mucho menos probable que se reconozcan las necesidades de salud mental de los presos y que estos reciban la atención y el apoyo que necesitan.

A pesar de que los problemas graves de salud mental son mucho más frecuentes en las cárceles, es mucho menos probable que se reconozcan las necesidades de salud mental de los presos y de que estos reciban la atención y el apoyo que necesitan. En algunos países de ingresos bajos, donde los servicios de salud mental son particularmente deficientes, las

NARRATIVE

Navigating the criminal justice system with a mental health condition



Laura's experience

In the Spring of 2015, there were eight warrants out for my arrest. My crimes were misdemeanours, and several warrants were compounded charges resulting from a failure to appear in court. I was petrified to go to court alone and equally scared to not show up. I could barely keep the time of day. Eventually I was hospitalized. On discharge, I returned to a shelter and began to get help.

I retained an attorney. I went to court. I paid fines. This could easily have broken me were it not for the help and support of friends and family. At my final court hearing, I found out I might spend six months in jail – for stealing a grilled cheese sandwich from a hospital cafeteria while homeless. This was the most frightening experience.

The fear I experienced navigating the system while mentally unwell impeded my recovery and re-entry into the community. Nights spent homeless, fending for food and safety, created a devastating cycle of despair.

My journey is not uncommon among people like myself with behavioural health conditions. Too often we are found in the grips of the criminal legal system for infractions that could be considered minor. This can cause great pain to ourselves, our families and friends; and has long-term impacts on our ability to rent housing or get employment.

Today I struggle to understand what happened and why. Is taking a sandwich the result of hunger or mental illness? Some people call my crimes “homeless crimes.” I’d agree they are borne out of this experience, but I was also unwell: there is a fine line between homelessness and mental illness.

I am now no longer on probation and I’ve successfully completed 80 hours of community service. I feel like a weight has been lifted. Instead of worrying about legal issues I am working to change behavioural health care policy in coalition with others. The fresh start feels good, and I am hopeful.

Laura Van Tosh, United States of America

cárceles pueden terminar siendo utilizadas como un lugar al que las personas consideradas incontrolables porque sufren manía aguda o psicosis son llevadas y detenidas sin juicio, a menudo en condiciones de vida deplorables (537). En muchos países, las personas que podrían ser fácilmente derivadas a los servicios de atención de salud mental son juzgadas y encarceladas, incluso por delitos muy menores.

Las personas juzgadas por un delito y declaradas inocentes porque sufren un problema de salud mental a menudo son objeto de violaciones de los derechos humanos. En algunas jurisdicciones, estas personas permanecen en cárceles sin recibir la atención ni el apoyo adecuados, mientras que en otras pueden ser trasladadas a un hospital (o sección) psiquiátrico forense donde a menudo son tratadas como presos y donde se restringen severamente sus libertades. La puesta en libertad suele ser difícil o errática y las personas a menudo son retenidas durante mucho más tiempo que lo que establezca cualquier sentencia que puedan haber recibido por el acto delictivo del que fueron acusadas (538).

En todos los países, tratar de navegar por el sistema de justicia penal cuando se sufre un problema de salud mental puede ser sumamente difícil y provocar malestar psicológico (véase la experiencia de Laura).

Atender las necesidades de salud mental en el sistema de justicia penal beneficia a los presos, los empleados penitenciarios y la comunidad en general. Esto se puede lograr de múltiples maneras, dependiendo de las necesidades y los contextos locales.

Por ejemplo, en algunos países de ingresos altos, se han establecido servicios de enlace y derivación, o servicios de triaje en las calles, para detectar a las personas que posiblemente sufren problemas de salud mental cuando

entran en contacto por primera vez con el sistema de justicia penal. Estos servicios se utilizan para apoyar a las personas en las primeras etapas del sistema penal, derivarlas a un servicio de atención social o de salud adecuado, o derivarlas del sistema de justicia penal hacia entornos más apropiados.

Otras estrategias propuestas para mejorar la atención de salud mental en el sistema de justicia penal incluyen la integración de la salud mental en los servicios generales de salud disponibles para todos los presos. Un ejemplo podría ser la implementación del programa mhGAP con la supervisión de apoyo brindada por profesionales de salud mental (539). La capacitación de los empleados en todos los niveles del sistema de justicia penal sobre temas de salud mental también puede ayudar a sensibilizar, cuestionar las actitudes estigmatizadoras y fomentar la promoción de la salud mental tanto para el personal como para los presos.

7.4.2 Servicios sociales clave

Los servicios sociales deben ser parte de las medidas para transformar la salud mental.

Las personas con problemas de salud mental graves y crónicos a menudo son excluidas de las oportunidades sociales y económicas, como la protección de la infancia, la vivienda, el empleo, la educación y los beneficios estatales. Esto impone cargas adicionales a las familias y las comunidades e impide la rehabilitación y la recuperación.

Complementar las intervenciones de salud con servicios sociales clave puede ayudar a que las personas con problemas de salud mental alcancen sus objetivos de recuperación y tengan una vida más satisfactoria y plena. En teoría, la responsabilidad de prestar estos servicios sociales no se limita al sector de la salud; sin embargo, en la práctica, la división entre salud mental y servicios



sociales es borrosa. Por ejemplo, los servicios de asistencia para la vida cotidiana pueden administrarlos autoridades u organizaciones no gubernamentales en el sector social o de salud.

Complementar la atención de salud con servicios sociales permite a las personas con problemas de salud mental alcanzar sus objetivos de recuperación.

Muchos otros servicios comunitarios públicos y privados de salud mental analizados anteriormente, en la [sección 7.3, “Servicios comunitarios de salud mental”](#), también apoyan el acceso a servicios sociales clave. Los centros y equipos comunitarios de salud mental, en particular, a menudo trabajan con asociados comunitarios para brindar apoyo social y facilitar el acceso a los beneficios sociales. Al igual que los clubes y otras organizaciones de rehabilitación psicosocial, también pueden ofrecer planes de educación y empleo con apoyo.

Como se afirma a lo largo del presente informe, atender los problemas sociales es parte integral de la transformación de la salud mental. En cuanto a la aceptación de los servicios, la atención social a veces debe brindarse como primer paso de la atención de salud mental. Por ejemplo, las personas deprimidas sobrevivientes de violencia continua de pareja a menudo necesitarán urgentemente alojamiento seguro, ayuda financiera, documentos de identidad y apoyo jurídico y de subsistencia, entre otras cosas (540).

Atender las necesidades sociales de las personas con problemas de salud mental es especialmente importante en entornos de emergencia, en los que estas son especialmente vulnerables a riesgos como maltrato y negligencia, y requieren acceso prioritario a la protección, el apoyo social y la atención clínica.

Las directrices internacionales sobre salud mental y apoyo psicosocial subrayan la necesidad de vincular los servicios para personas que sufren problemas de salud mental en entornos humanitarios a otro tipo de apoyo en la comunidad (541, 542). Estos incluyen programas de refugio, alimentos, agua y saneamiento, educación y también apoyo específico para las personas sobrevivientes de la violencia sexual y de género.

Protección de la infancia

La exposición a la adversidad durante la infancia es un factor de riesgo importante para los problemas de salud mental (véase la [sección 2.2.2, “Los riesgos socavan la salud mental”](#)), como también para una gran variedad de otros problemas sociales y de salud. Un sistema eficaz de protección de la infancia es fundamental para prevenir y responder a todas las formas de violencia contra la infancia, incluida la explotación, el maltrato y la negligencia.

La protección eficaz de la infancia requiere un enfoque integral y de múltiples interesados directos que pueda afrontar las causas profundas de la violencia y el maltrato. La OMS y sus asociados abogan por una estrategia de siete frentes (INSPIRE), que incluye no solo medidas preventivas para niños y niñas, sino también servicios de respuesta y apoyo tanto para las víctimas como para los menores infractores (337).

Debe haber servicios básicos de salud, como la atención médica de urgencia para traumatismos relacionados con la violencia y la atención clínica para las víctimas de violencia sexual, y deben aplicarse orientaciones sobre la atención clínica para las víctimas de violencia sexual. El asesoramiento psicológico a las víctimas y los perpetradores puede romper el ciclo de violencia y ayudarlos a afrontar mejor las consecuencias que esta ha tenido para su salud mental y a recuperarse. La gama de servicios y de apoyo que



debe considerarse incluye el establecimiento de vínculos entre la detección del maltrato infantil y el acceso a la atención de la salud mental y el apoyo psicosocial, el manejo de casos, el asesoramiento psicológico basado en la terapia cognitivo-conductual, los programas específicos para menores infractores, y la asignación a hogares de acogida, según sea necesario (337).

En muchos países, especialmente durante emergencias humanitarias, los vinculados con la protección de la infancia adoptan una actitud proactiva respecto de la salud mental y el apoyo psicosocial. La buena coordinación y colaboración entre las personas que trabajan en el ámbito de la salud y la protección de la infancia son esenciales para asegurar una atención coherente.

Educación y capacitación

Las personas adultas con problemas graves de salud mental pueden tener dificultades para acceder a oportunidades de aprendizaje y capacitación profesional para personas adultas, ya sea debido a la demanda de educación o a la discriminación. Del mismo modo, la población infantil y adolescente con problemas graves de salud mental a menudo es excluida de la educación general, y puede ser segregada en escuelas o aulas separadas o, a veces, no recibe ninguna educación en absoluto. Los sistemas y estructuras de enseñanza de la educación ordinaria —que generalmente son inflexibles— hacen que incluso si se les permite ir a la escuela a los niños y niñas con problemas graves de salud mental, es más probable que fracasen, tengan que repetir un año o abandonen la escuela prematuramente (543, 544).

La educación inclusiva entraña brindar oportunidades de aprendizaje provechosas a todo el estudiantado, incluidos los que sufren problemas de salud mental, sin discriminación alguna. Específicamente, entraña apoyar a todo el estudiantado en las mismas escuelas

y aulas; eliminar toda barrera de comunicación, información y actitud de las escuelas; asegurar que los recursos de aprendizaje sean accesibles para todas las personas; y asegurar que todos los educadores y administradores fomenten la inclusión. Las estrategias clave para la educación inclusiva consisten en emplear personal especialmente capacitado o adoptar planes de estudios flexibles, diferentes métodos de enseñanza y recursos educacionales alternativos. El apoyo entre pares o los servicios de tutoría también pueden ser valiosos para respaldar la educación inclusiva como fuente de apoyo emocional y asesoramiento práctico.

Para el estudiantado adulto, los programas de educación asistida están diseñados para ayudar a las personas que sufren problemas de salud mental a determinar sus objetivos de aprendizaje e ingresar y navegar en un programa educativo para alcanzar esos objetivos. Los programas de educación asistida tienen diferentes formas y tamaños, pero a menudo incluyen personal dedicado a apoyar a las personas que sufren problemas de salud mental, actividades individuales y grupales de desarrollo de habilidades, ayuda práctica para navegar por el entorno académico y la comunidad local, y oportunidades para el asesoramiento en materia de salud mental (545).

En las zonas rurales, brindar a las personas con problemas de salud mental habilidades agrícolas básicas puede hacer que se conviertan en miembros productivos de su comunidad, y su participación en el trabajo y sus contribuciones al hogar también reducen la estigmatización.

Empleo

Al igual que en materia de educación, las personas con problemas de salud mental graves a menudo son discriminadas en el mundo laboral. Tienen más probabilidades de estar desempleadas o de que su trabajo esté mal pagado que la población

general (546), y, sin embargo, el acceso al empleo remunerado suele ser importante para la recuperación. Este no solo brinda a las personas un sustento, sino que también puede mejorar su calidad de vida al incorporar una estructura diaria y un sentido de propósito y logro. Respecto de los empleadores, también hay beneficios, ya que la atención de salud mental se asocia con mejores resultados ocupacionales (218).

El empleo con apoyo es más eficaz que la formación vocacional para ayudar a las personas que sufren problemas de salud mental a acceder a un trabajo remunerado.

Hay muchas maneras en que las personas con problemas de salud mental pueden recibir apoyo para obtener acceso a un medio de subsistencia. Alentar a las empresas a adoptar políticas y prácticas inclusivas de contratación y empleo es importante y, al igual que la educación inclusiva, requiere que los empleadores brinden apoyo que se adapte a las necesidades de una persona.

Existen varios modelos para ayudar a las personas que sufren problemas de salud mental a obtener y mantener un empleo competitivo. Un modelo probado y comprobado es el “empleo con apoyo”, en el que las personas con problemas de salud mental reciben apoyo para aprender en el trabajo, generalmente mediante servicios sociales o programas de rehabilitación psicosocial (véase la [sección 7.3, “Servicios comunitarios de salud mental”](#)). Al igual que los enfoques de primero la vivienda, que priorizan dar acceso a la vivienda sobre asegurarse de que las personas estén listas para tener acceso a esta, el empleo con apoyo prioriza el acceso al empleo y luego imparte capacitación y presta apoyo una vez que la persona está empleada. Se ha observado que el empleo con apoyo es más eficaz que la formación vocacional para ayudar a las personas que sufren problemas graves de salud mental a acceder a un trabajo remunerado (547).

Otro modelo de apoyo es el empleo de transición, en el que las personas con problemas de salud mental adquieren experiencia profesional a través de prácticas laborales limitadas en el tiempo. Estas pueden ofrecer importantes trampolines para obtener empleo a largo plazo más adelante. También pueden ser proporcionadas por los servicios sociales o como parte de intervenciones intersectoriales más amplias basadas en la recuperación dentro de los servicios comunitarios de salud mental (véase la [sección 7.3.3, “Rehabilitación psicosocial”](#)).

Otras intervenciones intersectoriales para aumentar el acceso al empleo de las personas con problemas de salud mental hacen hincapié en las oportunidades disponibles a través de la actividad empresarial. Las intervenciones pueden incluir el establecimiento de empresas sociales y programas de medios de subsistencia (véase el [recuadro 7.23, “Apoyo a los empresarios que sufren trastornos de salud mental”](#)).

Además de apoyar el acceso al empleo, también es importante asegurar que las condiciones de trabajo sean seguras y favorezcan la salud mental de toda la fuerza laboral, incluso quienes sufren problemas de salud mental (véase la [sección 6.3.3, “Promoción y protección de la salud mental en el trabajo”](#)).

Beneficios sociales

El acceso a beneficios sociales, incluidos los relativos a maternidad, accidentes de trabajo, discapacidades, desempleo y pensiones, puede ser un medio de sustento para las personas con problemas de salud mental en tiempos difíciles, y puede ser fundamental para la recuperación (550). Sin embargo, estas personas a menudo son excluidas de los beneficios sociales debido a evaluaciones de elegibilidad y procesos de solicitud complejos o a que estas trabajan en el sector informal (551).

ESTUDIO DE CASO

RECUADRO 7.23

Apoyo a los empresarios que sufren trastornos de salud mental

Recuperación comunitaria lograda mediante el emprendimiento (CREATE), Kenya

CREATE une la empresa social con la rehabilitación psicosocial y el apoyo entre pares a fin de ayudar a las personas que sufren condiciones graves de salud mental a obtener un trabajo remunerado. El proyecto, que se implementó durante 18 meses en una zona periurbana de Kenya, estableció una imprenta de servicio completo llamada Point Tech Solutions y empleó a siete personas que sufrían problemas graves de salud mental para que ayudaran en sus operaciones. Los empleados informaron haber recibido beneficios de la experiencia, que incluyeron mejor bienestar y mayor identidad propia, mayor productividad e independencia financiera, empleo y habilidades sociales mejores y mayor conexión con sus familiares y la comunidad en general. Los familiares también informaron tener una menor sensación de carga como cuidadores.

BasicNeeds, Ghana

BasicNeeds es una organización no gubernamental internacional dedicada a la salud mental y al desarrollo, con operaciones en una variedad de países de ingresos bajos y medianos. Combina enfoques clínicos, sociales y económicos para apoyar las necesidades múltiples de las personas que sufren problemas de salud mental. Por ejemplo, al tiempo que proporciona un tratamiento accesible, BasicNeeds ayuda a las personas y sus familias y cuidadores a establecer grupos de autoayuda para facilitar el apoyo mutuo y las actividades conjuntas. En Ghana, los grupos de autoayuda de BasicNeeds se centran en el empleo y el empoderamiento económico. Operan fondos rotatorios basados en contribuciones voluntarias, que utilizan para proporcionar acceso al crédito a personas que sufren problemas graves de salud mental. Los primeros préstamos se conceden sin intereses. No todos los préstamos se pagan y algunos se utilizan simplemente para cubrir los costos de la atención de urgencia, pero muchos se usan para apoyar actividades de subsistencia.

Fuentes: Grand Challenges Canadá, 2016 (548); Cohen et al., 2012 (549).

Hay muchas maneras de mejorar el acceso a los beneficios estatales para las personas con problemas de salud mental. Los sistemas de beneficios pueden ajustarse para que sean más accesibles, por ejemplo, ofreciendo una gama más amplia de canales de comunicación y puntos de entrada, brindando apoyo específico durante la solicitud y simplificando los procesos de

reevaluación (552). La capacitación de evaluadores en materia de problemas de salud mental y de problemas sociales conexos también puede ayudar a mejorar los procesos de evaluación.

Algunos expertos recomiendan incorporar un componente incondicional en los beneficios sociales, respaldado por evidencia de que tales

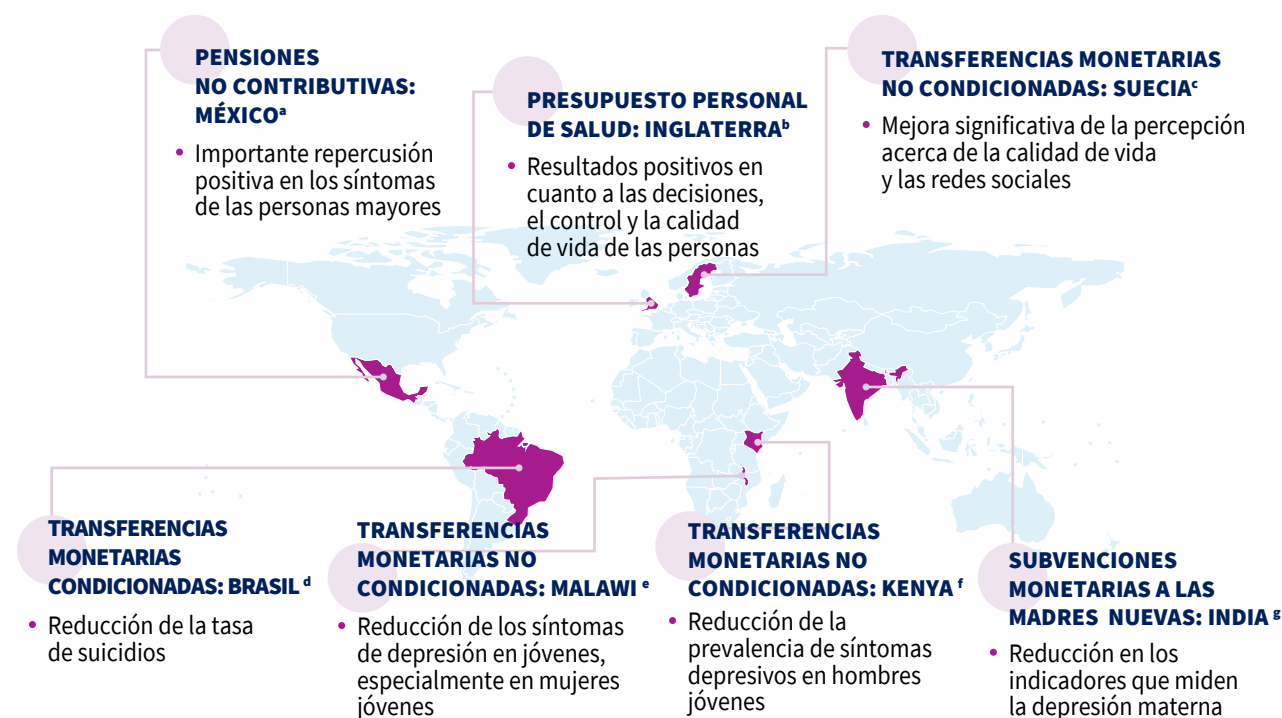
pagos pueden reducir los síntomas psiquiátricos y mejorar la calidad de vida de los solicitantes (553).

Si bien no están diseñados explícitamente para mejorar la salud mental, cada vez hay más evidencia de que los programas de transferencia en efectivo (condicionales e incondicionales) pueden beneficiar considerablemente a las personas que sufren problemas de salud mental, en especial en

los países de ingresos bajos y medianos (véase la figura 7.5) (554, 555). Al aumentar los ingresos de los hogares y la seguridad económica, las transferencias en efectivo también pueden disminuir los conflictos familiares asociados con el estrés financiero y, por lo tanto, reducir la violencia doméstica y los riesgos para la salud mental de todos los miembros de la familia (556).

FIG. 7.5

Los beneficios sociales pueden promover y proteger la salud mental: ejemplos de distintos países del mundo



Fuentes: ^a Fernald et al, 2008 (557); ^b Webber et al, 2014 (558); ^c Ljungqvist et al, 2015 (559); ^d Oliveira Alves et al, 2019 (560); ^e Angeles et al, 2019 (561); ^f Kilburn et al, 2016 (562); ^g Powell-Jackson et al, 2016 (563).



8

Conclusiones

La salud mental es de vital importancia para todas las personas, en todas partes. Es parte inherente y esencial de nuestra salud y bienestar general, y afecta nuestra vida de muchas maneras (véase el capítulo 2, “Principios y elementos impulsores de la salud mental en el ámbito de la salud pública”). Nuestra salud mental nos permite funcionar y prosperar como personas, miembros de la familia y participantes comunitarios. Nos ayuda a afrontar el estrés y adaptarnos al cambio. Nos permite establecer relaciones saludables y conectarnos con los demás. Nos apoya para que aprendamos bien y trabajemos productivamente. La salud mental y el acceso a la atención de salud mental son un derecho humano básico.

Durante decenios, la salud mental ha sido una de las esferas más descuidadas de la salud pública a nivel mundial. Subestimada e incomprendida, recibe una pequeña parte de la atención y los recursos que necesita y merece. El resultado es que, para demasiadas personas, lograr y

mantener una buena salud mental es un reto. En todo el mundo, las personas sufren debido a los problemas de salud mental, y los sistemas sociales y de salud están mal equipados para ayudar (véase el capítulo 3, “La salud mental en el mundo actual”). Las crisis actuales en todo el mundo justifican cada vez más priorizar la salud mental. Incluso antes de la pandemia de COVID 19, que ha afectado la salud mental de tantas personas, se estimaba que cerca de 1000 millones de personas presentaban un trastorno mental. Solo una pequeña fracción de estas personas tiene acceso a una atención eficaz, asequible y de calidad. La estigmatización, la discriminación y las violaciones de los derechos humanos contra las personas con problemas de salud mental están muy difundidas en las comunidades y los sistemas de atención de todo el mundo. En todos los países, son las personas más pobres y desfavorecidas de la sociedad las que corren un mayor riesgo de tener problemas de salud mental y las que también tienen menos probabilidades de recibir servicios adecuados.

8.1 Acción integral

En el presente informe se aboga por una transformación mundial hacia una mejor salud mental para todas las personas. La necesidad de cambio se ha reconocido desde hace mucho tiempo y los beneficios del cambio son claros: reducción del sufrimiento y mejora de la salud pública, mayor protección de los derechos humanos y mejores resultados sociales y económicos (véase el capítulo 4, “Beneficios del cambio”). Invertir para transformar la salud mental implica invertir en una vida y un futuro mejores para todas las personas.

La visión es la de un mundo en el que se valora, promueve y protege la salud mental. Es un

mundo en el que se previenen los problemas de salud mental y en el que todas y cada una de las personas pueden ejercer toda la gama de derechos humanos y acceder a la atención social y de salud de alta calidad, oportuna y culturalmente apropiada que necesitan y merecen. Es un mundo en el que todas las personas tienen la oportunidad de alcanzar el nivel más alto posible de salud y participar plenamente en la sociedad sin estigmatización ni discriminación.

En el *Plan de acción integral sobre salud mental (2013-2030)* de la OMS se insta a todos los países a tratar de hacer realidad esa visión. Como su nombre lo indica, también

se proporciona un plan de acción, con recomendaciones para los países, la OMS y los asociados en torno a cuatro objetivos clave:

1. liderazgo y gobernanza más fuertes y eficaces;
2. atención integral, integrada y receptiva en la comunidad;
3. estrategias de promoción y prevención; y
4. sistemas de información, evidencia e investigación más sólidos.

Es importante destacar que en el plan se incluye una amplia gama de opciones de implementación para lograr cada objetivo, y se reconoce que su pertinencia para los distintos países dependerá de las circunstancias nacionales.

En el 2019, los Estados Miembros de la OMS reafirmaron su compromiso con los cuatro objetivos originales del plan y ampliaron el calendario para lograrlos para el 2030 (a partir del 2020). En el 2021 aprobaron un conjunto actualizado de objetivos y opciones de implementación para reflejar lo aprendido de las investigaciones y la práctica durante el último decenio.

Algunos países han traducido satisfactoriamente los compromisos acordados en el plan de acción y otros instrumentos mundiales o regionales en sus propias estrategias nacionales de salud mental. No obstante, en la mayoría de los casos, sigue habiendo enormes brechas y necesidades respecto de la implementación.

Para cada país es fundamental determinar qué acciones priorizar. No se espera que ningún país cumpla todas las opciones de implementación del plan de acción mundial. Numerosos países carecen de los recursos necesarios para aplicar todas las medidas que se describen en el presente informe. Sin embargo, todos los países tienen numerosas oportunidades de realizar progresos significativos para mejorar la salud mental de su población. Ya sea elaborando políticas y leyes de salud mental en consonancia con los derechos, que incluyan la salud mental en los conjuntos de beneficios de atención de salud y los planes de seguro, que integren efectivamente la salud mental en la práctica de atención primaria de salud y la preparación y respuesta ante emergencias, o que apliquen medidas de prevención del suicidio, los numerosos ejemplos presentados en este informe demuestran que los cambios estratégicos pueden marcar una gran diferencia.

No se espera que ningún país cumpla todas las opciones de implementación del plan de acción mundial. Sin embargo, todos los países tienen numerosas oportunidades de realizar progresos significativos para mejorar la salud mental de su población.

La elección de los primeros objetivos dependerá del contexto del país, de las necesidades locales en materia de salud mental, de otras prioridades y del estado y la estructura de cada sistema de salud mental.

8.2 Vías de transformación

La evidencia, la experiencia y los conocimientos técnicos que se presentan en este informe apuntan a tres vías clave de transformación. Estas vías se centran en un cambio de actitud con respecto a la salud mental, en la respuesta a los riesgos para la salud mental y en el fortalecimiento de los sistemas de atención de salud mental.

En primer lugar, debemos **profundizar en el valor y el compromiso** que atribuimos a la salud mental como parte integral de nuestra propia salud y nuestro bienestar, como un derecho humano básico y como un elemento crítico para la salud pública, el bienestar social y el desarrollo sostenible. En segundo lugar, debemos **reconfigurar los entornos que influyen en la salud mental** de maneras que disminuyan los riesgos y fortalezcan los factores de protección a fin de que todas las personas tengan la oportunidad de prosperar y alcanzar el nivel más alto posible de salud mental y bienestar en condiciones de igualdad. En tercer lugar, debemos **reforzar la atención de salud mental** para atender todo el espectro de necesidades de salud mental mediante una red comunitaria de servicios y apoyo accesibles, asequibles y de calidad (véase la [figura 8.1](#)).

Cada vía de transformación es importante por sí misma y cada una puede contribuir al logro de prioridades y objetivos específicos de salud mental. Sin embargo, también están profundamente conectadas y se refuerzan mutuamente.

8.2.1 Profundizar en el valor y el compromiso

Transformar la salud mental consiste en profundizar en el valor que le otorgamos a la salud

mental como personas, comunidades y gobiernos, y combinar ese valor con el compromiso, la implicación y la inversión por parte de todos los interesados directos, en todos los sectores.

Profundizar en el valor y el compromiso respecto de la salud mental significa, por ejemplo:

- **Comprender y apreciar el valor intrínseco** de la salud mental, y dedicar tiempo y esfuerzo a cuidar la propia salud mental, y también a apoyar la salud mental de los demás.
- **Incluir a las personas con problemas de salud mental** en todos los aspectos de la sociedad y la toma de decisiones para eliminar la estigmatización y la discriminación, reducir las disparidades y promover la justicia social.
- **Otorgar a la salud mental el mismo valor y la misma prioridad que a la salud física**, incluso a través de medidas de protección social y financiera mejoradas, acceso equitativo a servicios de calidad, igualdad de acceso a la educación y a oportunidades de empleo para las personas con problemas de salud mental y un mayor apoyo a la investigación.
- **Intensificar el compromiso con la salud mental en todos los sectores**, entendiendo su valor como derecho humano básico y contribuidor esencial a la salud pública, al bienestar social y al desarrollo económico, y apoyando un enfoque de todo el gobierno y de toda la sociedad para mejorar la salud mental.
- **Aumentar las inversiones en la salud mental**, no solo obteniendo fondos y recursos humanos adecuados en todos los sectores de la salud y otros sectores para atender las necesidades de salud mental, sino también mediante un liderazgo comprometido, la búsqueda de políticas y prácticas basadas en la evidencia y el establecimiento de sistemas sólidos de información y seguimiento.

FIG. 8.1

Three transformative paths towards better mental health



PROFUNDIZAR EN EL VALOR Y EL COMPROMISO

- Comprender y apreciar el valor intrínseco
- Promover la inclusión social de las personas con problemas de salud mental
- Dar la misma prioridad a la salud mental y física
- Fomentar una mayor implicación de todos los sectores
- Aumentar la inversión en salud mental



REORGANIZAR LOS ENTORNOS

- Reorganizar las características físicas, sociales y económicas de los diferentes entornos de salud mental, entre ellos:
 - los hogares
 - las escuelas
 - los lugares de trabajo
 - los servicios de atención de salud,
 - las comunidades
 - los entornos naturales



REFORZAR LA ATENCIÓN DE SALUD MENTAL

- Crear redes de servicios en la comunidad
- Abandonar los cuidados asistenciales en los hospitales psiquiátricos
- Diversificar y ampliar las opciones de atención
- Salud mental asequible y accesible para todos
- Promover una atención centrada en la persona y basada en los derechos humanos
- Implicar y empoderar a las personas con experiencia propia

8.2.2 Reconfigurar los entornos para una mejor salud mental

Transformar la salud mental consiste en reconfigurar las características físicas, sociales y económicas de nuestros entornos a fin de proteger mejor la salud mental y prevenir los problemas en este ámbito. Esto incluye reconfigurar tanto nuestro entorno inmediato como las condiciones más amplias de la vida cotidiana, y también prevenir las amenazas estructurales como las desigualdades sociales y económicas, los conflictos, las emergencias de salud pública y la crisis climática. Respecto de las personas con problemas de salud mental, reconfigurar los entornos significa asimismo asegurar la igualdad de oportunidades para vivir, aprender, trabajar y jugar.

En el fondo, reconfigurar los entornos para lograr una mejor salud mental consiste en comprender los determinantes sociales y estructurales de la salud mental e intervenir de manera que se reduzcan los riesgos, se desarrolle resiliencia y se desmantelen las barreras que impiden que las personas con problemas de salud mental participen plenamente en la sociedad. Esto incluye integrar la promoción y la prevención de la salud mental en los servicios sociales y de salud. También incluye políticas y medidas estratégicas a nivel macro (como fortalecer las reglas y regulaciones o introducir mecanismos de apoyo adecuados) para afrontar las desventajas, defender los derechos humanos y garantizar un acceso justo y equitativo a la infraestructura, los servicios y las oportunidades para todas las personas.

La reconfiguración de los entornos es un emprendimiento verdaderamente multisectorial. La mayoría de las estrategias e intervenciones requeridas no pueden ser ejecutadas

solo por el sector de la salud. Sin embargo, el sector de la salud desempeña una función importante en la adopción de medidas al promover, iniciar y, cuando proceda, facilitar la colaboración y la coordinación multisectoriales en el ámbito de la salud mental.

Los entornos clave en los que se pueden adoptar medidas para disminuir los riesgos y crear resiliencia son:

- Los **hogares**, donde las medidas prioritarias incluyen eliminar la violencia de pareja, prevenir el maltrato y la negligencia de la población infantil y las personas mayores; posibilitar el cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia, y también proteger contra las dificultades de los hogares mediante, por ejemplo, programas de alivio de la pobreza y ayuda para la subsistencia de las personas que sufren problemas de salud mental.
- Las **comunidades**, donde las estrategias pueden incluir iniciativas específicas para mejorar las interacciones sociales, poner fin a la discriminación, fortalecer la seguridad y afrontar las normas y prácticas sociales negativas.
- Las **escuelas**, donde las intervenciones prioritarias incluyen programas de aprendizaje social y emocional, como también iniciativas para contrarrestar la intimidación (*bullying*), la discriminación y la violencia.
- Los **lugares de trabajo**, donde se necesitan medidas para asegurar condiciones de trabajo seguras, solidarias y decentes para todas las personas, y para ayudar a quienes sufren problemas de salud mental a obtener un empleo competitivo o regresar al trabajo después de ausentarse.
- Los **servicios de atención de salud**, en los que las medidas dirigidas a cambiar las actitudes y fortalecer los derechos son importantes para ofrecer tratamiento de apoyo y eliminar la coerción y el maltrato de las personas que sufren problemas de salud mental.

- Los **entornos naturales**, donde se necesitan estrategias para afrontar la crisis climática, aumentar el acceso a espacios verdes y prevenir la exposición a contaminantes tóxicos.

8.2.3 Fortalecer la atención de salud mental

Transformar la atención de salud mental consiste en cambiar dónde, cómo y quién proporciona y

recibe la atención de salud mental. Se trata de reestructurar los servicios de salud mental de modo que en vez de atender los problemas de salud mental graves en los hospitales psiquiátricos, se atiendan en las comunidades, al tiempo que se amplía la disponibilidad de la atención para los trastornos comunes. Se trata de pasar de servicios fragmentados, que actualmente solo satisfacen una pequeña proporción de las necesidades de las personas, a servicios coordinados que atiendan a todas las personas.



Cambiar la atención de la salud mental significa, entre otras cosas:

- **Establecer redes comunitarias** de servicios interconectados que abarquen todo el espectro de atención biopsicosocial y apoyo para todos los problemas de salud mental. Las redes integrales incluyen servicios de salud mental integrados en la atención general de salud, los servicios comunitarios de salud mental y los servicios que no se limitan al sector de la salud.
- **Abandonar la atención de custodia en los hospitales psiquiátricos** a medida que los servicios en la comunidad estén disponibles, mejorando simultáneamente la calidad de toda la atención hospitalaria y residencial, acortando las estadías, evitando nuevos ingresos en hospitales psiquiátricos de larga estadía, aumentando las altas de residentes de larga duración, y cerrando instituciones psiquiátricas de larga estadía una vez que haya alternativas comunitarias adecuadas. Esto requiere un proceso participativo cuidadosamente planificado que prepare a los residentes para la vida en la comunidad y que les dé seguimiento después del alta.
- **Diversificar y ampliar las opciones de atención** para problemas comunes de salud mental como la depresión y la ansiedad. Esto incluye adoptar un enfoque de distribución de tareas que amplíe la atención basada en la evidencia que ofrece el personal de salud general y los prestadores de servicios comunitarios. También incluye el uso de tecnologías digitales para apoyar la autoayuda guiada y no guiada y para brindar atención remota.
- **Hacer que la atención de salud mental sea accesible y asequible para todas las personas** mediante la inclusión explícita de

intervenciones de salud mental en conjuntos básicos de servicios esenciales y planes de protección financiera para la cobertura universal de salud. Todas las personas en la sociedad, sin importar su edad ni el lugar donde viven, deben recibir la atención de salud mental que necesitan sin que esto les genere dificultades financieras, exclusión social o formas coercitivas de tratamiento.

- **Proporcionar atención centrada en la persona y basada en los derechos humanos** abandonando los modelos de atención que se centran exclusivamente en afecciones clínicas y resultados sintomáticos, y optando en su lugar por otros que también respeten e incluyan los derechos, necesidades, perspectivas y prioridades de una persona.
- **Implicar a las personas con experiencia propia** empoderando a las personas en su propia atención de salud mental, involucrando a las personas con experiencia propia en la planificación, prestación y evaluación de servicios locales de manera significativa, y asegurando que estas participen activamente en la formulación de políticas y la investigación.

Cada vía de transformación es un camino hacia una mejor salud mental para todas las personas. Juntas, las vías nos acercan al mundo previsto por el *Plan de acción integral sobre salud mental 2013 2030*, en el que la salud mental se valora, se promueve y se protege; en el que todas las personas tienen oportunidades de prosperar y ejercer sus derechos humanos en condiciones de igualdad; y en el que pueden acceder a la atención de salud mental que necesitan (véase la [figura 8.2](#)).

FIG. 8.2

Key shifts to transform mental health for all



8.3 Aunar esfuerzos para el cambio

Nadie debería tener que recorrer las vías de transformación solo. Se necesitarán los esfuerzos combinados de todos nosotros, en todos los sectores, para transformar la salud mental y la atención de salud mental. Todas las personas tienen una función que desempeñar.

Las personas pueden marcar una gran diferencia al comprender y valorar mejor la salud mental, tanto la suya como la de los demás, y tomar medidas para promoverla y protegerla en la vida diaria. Esto incluye diversos elementos de autocuidado, así como esfuerzos individuales para apoyar, incluir y respetar los derechos de las personas con problemas de salud mental en la sociedad.

Los gobiernos desempeñan un papel clave en la movilización, la configuración y el apoyo relacionados con la acción. Esto incluye priorizar la salud mental en las agendas de salud y desarrollo y establecer leyes y políticas para promover los derechos y mejorar el acceso a la atención de salud mental. Los gobiernos pueden y deben asegurar que se establezcan, cuenten con recursos y se adapten servicios de salud mental de calidad para atender las necesidades locales de salud mental. Deben crear mecanismos para la participación multisectorial, adoptar medidas para implicar y empoderar a las personas que sufren problemas de salud mental en la atención y el apoyo, y facilitar la investigación y la capacitación. Además, deben organizar servicios para ampliar la cobertura y elaborar programas de promoción y prevención que se centren en

los determinantes sociales y estructurales de la salud mental.

Los prestadores de servicios de atención, desde los miembros de la familia y los prestadores de servicios comunitarios hasta el personal de salud general y los profesionales de salud mental, tienen la gran responsabilidad de brindar una atención respetuosa, que brinde dignidad y que apoye la autonomía. Los profesionales de salud mental pueden y deben liderar la transformación en la práctica, abogando por un enfoque integrado de la atención y facilitando nuevas formas de trabajar para lograrlo que incluyen, por ejemplo, la distribución de tareas. Otros miembros del personal de salud y de asistencia social también deben ser participantes activos y asociados en la transformación de la atención de salud mental. Por ejemplo, pueden aumentar sus propios conocimientos y comprensión y los de otras personas sobre la salud mental, o facilitar el acceso a los servicios que se necesitan.

Las organizaciones no gubernamentales, el sector académico, los empleadores y otros interesados directos de la sociedad civil complementan los esfuerzos de los gobiernos y de los prestadores de servicios de atención en todos los niveles. Las organizaciones de la sociedad civil de cualquier tamaño, incluidas las organizaciones locales de personas con discapacidad, desempeñan funciones clave. Pueden, por ejemplo, unir fuerzas y amplificar las voces de personas con experiencia propia y crear sensibilidad y comprensión públicas en materia de

salud mental. Todos los interesados directos deben abogar por los derechos de las personas que sufren problemas de salud mental y apoyar su inclusión en la comunidad. El mundo académico debe seguir fortaleciendo la ciencia de la salud mental. Junto con otros interesados directos, los miembros del mundo académico pueden demostrar cómo es la atención de salud mental asequible y de calidad, y abogar por ella en los servicios sociales y de salud. Dependiendo de las circunstancias locales, las organizaciones no gubernamentales pueden desempeñar

una función esencial en la capacitación de prestadores de servicios y en la prestación de servicios y de apoyo de salud mental en la comunidad, incluso en entornos humanitarios.

Nuestros compromisos y decisiones de hoy configuran nuestras oportunidades de mañana. Al comprometernos a transformar la salud mental, elegimos poner fin al sufrimiento, mejorar el bienestar y mejorar la vida de todas las personas. Todas las personas podemos ayudar a que el cambio se haga realidad.



References

1. Informe sobre la salud en el mundo 2001: Salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2001 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/42447>, consultado el 25 de marzo del 2022).
2. Comité de Expertos en Higiene Mental: Informe de la segunda sesión, Ginebra, 11 al 16 de septiembre de 1950. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1950 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/38043/WHO_TRS_31_spa.pdf?sequen, consultado el 25 de marzo del 2022).
3. Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2030. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/357847>, 25 de marzo del 2022).
4. Estado Mundial de la Infancia 2021. En mi mente: promover, proteger y cuidar la salud mental de la infancia. Ginebra: UNICEF; 2021 (<https://www.unicef.org/es/informes/estado-mundial-de-la-infancia-2021>, consultado el 25 de marzo del 2022).
5. Mental health atlas 2020. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345946>, consultado el 25 de marzo del 2022).
6. Goldin I, Muggah R. COVID-19 is increasing multiple kinds of inequality. Here's what we can do about it. En: WEF [página web]. Ginebra: Foro Económico Mundial; 2020 (<https://www.weforum.org/agenda/2020/10/covid-19-is-increasing-multiple-kinds-of-inequality-here-s-what-we-can-do-about-it/>, consultado el 25 de marzo del 2022).
7. Kola L, Kohrt BA, Hanlon C, Naslund JA, Sikander S, Balaji M, et al. COVID-19 mental health impact and responses in low-income and middle-income countries: reimagining global mental health. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(6):535–550. doi:10.1016/S2215-0366(21)00025-0.
8. Prior K, Mills K, Ross J, Teesson M. Substance use disorders comorbid with mood and anxiety disorders in the Australian general population. *Drug Alcohol Rev*. 2017;36(3):317–324. doi:10.1111/dar.12419.
9. Epilepsia: Un imperativo de salud pública. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (informe completo disponible en inglés en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/325293>; resumen en español en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/325445/WHO-MSD-MER-19-2-spa.pdf?ua=1>, consultado el 25 de marzo del 2022).
10. Hailemichael Y, Hailemariam D, Tirfessa K, Docrat S, Alem A, Medhin G, et al. Catastrophic out-of-pocket payments for households of people with severe mental disorder: a comparative study in rural Ethiopia. *Int J Ment Health Syst*. 2019; 13(39). doi: 10.1186/s13033-019-0294-7.
11. Investing in mental health: evidence for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/87232>, consultado el 26 de marzo del 2022).
12. Global Health Data Exchange: Mental disorders; prevalence; 2019. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluations; 2021 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/0da144dff4afeddfaf45d5564118c6>, consultado el 26 de marzo del 2022).
13. Ryan G, Qureshi O, Salaria N, Eaton J. Mental health and the 2030 Sustainable Development Agenda. Londres: London School of Hygiene & Tropical Medicine; 2018 (<https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/UNGA%20brief%20final.pdf>, consultado el 25 de marzo del 2022).
14. National Institute of Mental Health strategic plan. Washington, DC: Instituto Nacional de la Salud Mental; 2008 (<https://www.hsdil.org/?view&did=755067>, consultado el 15 de marzo del 2022).
15. Patel V, Saxena S, Lund C, Thornicroft G, Baingana F, Bolton P, et al. The Lancet Commission on global mental health and sustainable development. *Lancet*. 2018;392(10157):1553–1598. doi:10.1016/S0140-6736(18)31612-X.
16. Tudor, K. Mental health promotion: paradigms and practice. East Sussex: Routledge; 1996.
17. Herrman H, Patel V, Kieling C, Berk M, Buchweitz C, Cuijpers P, et al. Time for united action on depression: a Lancet-World Psychiatric Association Commission. *Lancet*. 2022;399(10328):957–1022. doi: 10.1016/S0140-6736(21)02141-3.
18. El cuidado cariñoso y sensible para el desarrollo en la primera infancia. Marco para ayudar a los niños y niñas a sobrevivir y prosperar a fin de transformar la salud y el potencial humano. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/55218>, consultado el 26 de marzo del 2022).
19. Borges G, Nock MK, Haro Abad JM, Hwang I, Sampson NA, Alonso J, et al. Twelve-month prevalence of and risk factors for suicide attempts in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *J Clin Psychiatry*. 2010;71(12):1617–1628. doi: 10.4088/JCP.08m04967blu.
20. Harvey SB, Modini M, Joyce S, Milligan-Saville JS, Tan L, Mykletun A, et al. Can work make you mentally ill? A systematic meta-review of work-related risk factors for common mental health problems. *Occup Environ Med*. 2017;74(4):301–310. doi:10.1136/oemed-2016-104015.
21. Yon Y, Mikton CR, Gassoumis ZD, Wilber KH. Elder abuse prevalence in community settings: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health*. 2017;5(2):e147–e156. doi:10.1016/S2214-109X(17)30006-2.
22. Drew N, Funk M, Tang S, Lamichhane J, Chávez E, Katontoka S, et al. Human rights violations of people with mental and psychosocial disabilities: an unresolved global crisis. *Lancet*. 2011;378(9803):1664–1675. doi:10.1016/S0140-6736(11)61458-X.
23. Orientaciones sobre los servicios comunitarios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56176>, consultado el 26 de marzo del 2022).
24. Thornicroft G, Tansella M. Growing recognition of the importance of service user involvement in mental health service planning and evaluation. *Epidemiol Psychiatr Soc*. 2005;14(1):1–3. doi: 10.1017/s1121189x00001858.
25. Derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (documento A/HRC/44/48). Consejo de Derechos Humanos; 2020 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G20/094/48/PDF/G2009448.pdf?OpenElement>, consultado el 26 de marzo del 2022).
26. Marmot M, Friel S, Bell R, Houweling TAJ, Taylor S. Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*. 2008;372(9650):1661–1669. doi: 10.1016/S0140-6736(08)61690-6.
27. Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Documento de antecedentes de la Secretaría de la OMS para la elaboración de un plan de acción integral sobre salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health>, consultado el 26 de mayo del 2022).
28. Ingram RE, Luxton DD. Vulnerability-stress models. En: Hankin BL, Abela JRZ (editors). *Development of psychopathology: a vulnerability-stress perspective*. Thousand Oaks: Sage Publications; 2005. doi:10.4135/9781452231655.n2.
29. Optimizing brain health across the life course: WHO position paper. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en imprenta].
30. Heilmann A, Mehay A, Watt RG, Kelly Y, Durrant JE, van Turnhout J, et al. Physical punishment and child outcomes: a narrative review of prospective studies. *Lancet*. 2021;398(10297):355–364. doi:10.1016/S0140-6736(21)00582-1.
31. Global Burden of Disease 2019: Mental disorders – Level 2 cause. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluations; 2021 (http://www.healthdata.org/results/gbd_summaries/2019/mental-disorders-level-2-cause, consultado el 26 de marzo del 2022).

- 32.** Frankl VE. Man's search for meaning: an introduction to logotherapy. Boston: Beacon Press; 1962.
- 33.** Cuijpers P, Smit F, Furukawa TA. Most at-risk individuals will not develop a mental disorder: the limited predictive strength of risk factors. *World Psychiatry*. 2021;20(2):224–225. doi:10.1002/wps.20852.
- 34.** Risks to mental health: an overview of vulnerabilities and risk factors. Documento de antecedentes de la Secretaría de la OMS para la elaboración de un plan de acción integral sobre salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2012 (<https://www.who.int/publications/m/item/risks-to-mental-health>, consultado el 26 de mayo del 2022).
- 35.** Arango C, Dragioti E, Solmi M, Cortese S, Domschke K, Murray RM, et al. Risk and protective factors for mental disorders beyond genetics: an evidence-based atlas. *World Psychiatry*. 2021;20(3):417–436. doi:10.1002/wps.20894.
- 36.** OMS y Fundação Calouste Gulbenkian. Social determinants of mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 37.** Jones L, Bellis MA, Wood S, Hughes K, McCoy E, Eckley L, et al. Prevalence and risk of violence against children with disabilities: a systematic review and meta-analysis of observational studies. *Lancet*. 2012;380(9845):899–907. doi:10.1016/S0140-6736(12)60692-8.
- 38.** Hillis S, Mercy J, Amobi A, Kress H. Global prevalence of past-year violence against children: a systematic review and minimum estimates. *Pediatrics*. 2016;137(3):e20154079. doi:10.1542/peds.2015-4079.
- 39.** Nelson CA, Scott RD, Bhutta ZA, Harris NB, Danese A, Samara M. Adversity in childhood is linked to mental and physical health throughout life. *BMJ*. 2020;371:m3048. doi:10.1136/bmj.m3048.
- 40.** Hughes K, Bellis MA, Hardcastle KA, Sethi D, Butchart A, Mikton C, et al. The effect of multiple adverse childhood experiences on health: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Pub Health*. 2017;2(8):e356–366. doi:10.1016/S2468-2667(17)30118-4.
- 41.** Dohrenwend BP. The role of adversity and stress in psychopathology: some evidence and its implications for theory and research. *J Health Soc Behav*. 2000;41(1):1–19. doi:10.2307/2676357.
- 42.** Sociedades justas: equidad en la salud y vida digna. Informe de la Comisión de la Organización Panamericana de la Salud sobre Equidad y Desigualdades en Salud en las Américas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51615>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 43.** Chen S, Oliva P, Zhang P. Air pollution and mental health: evidence from China. Working paper 24686. Cambridge: National Bureau of Economic Research; 2018 (<http://www.nber.org/papers/w24686>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 44.** Newbury JB, Stewart R, Fisher HL, Beevers S, Dajnak D, Broadbent M, et al. Association between air pollution exposure and mental health service use among individuals with first presentations of psychotic and mood disorders: retrospective cohort study. *Br J Psychiatry*. 2021;1–8. doi:10.1192/bjp.2021.119.
- 45.** Kessler RC, Aguilar-Gaxiola S, Alonso J, Benjet C, Bromet EJ, Cardoso G, et al. Trauma and PTSD in the WHO World Mental Health Surveys. *Eur J Psychotraumatol*. 2017;8(sup5):1353383. doi:10.1080/20008198.2017.1353383.
- 46.** Marmot M, Allen J, Goldblatt P, Herd E, Morrison J. Build back fairer: the COVID-19 Marmot review. Londres: The Health Foundation; 2020 (<https://www.health.org.uk/publications/build-back-fairer-the-covid-19-marmot-review>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 47.** Priebe S, Matanov A, Schor R, Straßmayr C. Good practice in mental health care for socially marginalised groups in Europe: a qualitative study of expert views in 14 countries. *BMC Public Health*. 2012;12(1):248. doi:10.1186/1471-2458-12-248.
- 48.** Plöderl M, Tremblay P. Mental health of sexual minorities. A systematic review. *Int Rev Psychiatry*. 2015;27(5):1–19. doi:10.3109/09540261.2015.1083949.
- 49.** Elliott I. Poverty and mental health. Londres: Mental Health Foundation; 2016 (<https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/2022-08/poverty-and-mental-health-report.pdf>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 50.** De Silva M, Roland J. Mental health for sustainable development. Londres: All-Party Parliamentary Groups on Global Health and Mental Health; 2014 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/resource/APPG_Mental_Health_Web.pdf, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 51.** Dybdahl R, Lien L. Mental health is an integral part of the sustainable development goals. *Prev Med Commun Health*. 2017;1(1):1–3. doi:10.15761/PMCH.1000104.
- 52.** Lund C, Brooke-Sumner C, Baingana F, Baron EC, Breuer E, Chandra P, et al. Social determinants of mental disorders and the Sustainable Development Goals: a systematic review of reviews. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(4):357–369. doi:10.1016/S2215-0366(18)30060-9.
- 53.** Marwaha S, Durrani A, Singh S. Employment outcomes in people with bipolar disorder: a systematic review. *Acta Psychiatr Scand*. 2013;128:179–193. doi:10.1111/acps.12087.
- 54.** Marwaha S, Johnson S. Schizophrenia and employment. A review. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2004;39:337–349. doi:10.1007/s00127-004-0762-4.
- 55.** Green and blue spaces and mental health: new evidence and perspectives for action. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342931>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 56.** Seedat S, Margaret Scott K, Angermeyer MC, Berglund P, Bromet EJ, Brugha TS, et al. Cross-national associations between gender and mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Arch Gen Psychiatry*. 2009;66(7):785–795. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2009.36.
- 57.** Chang S-S, Stuckler D, Yip P, Gunnel D. Impact of 2008 global economic crisis on suicide: time trend study in 54 countries. *BMJ*. 2013;347:f5239. doi:10.1136/bmj.f5239.
- 58.** Case A, Deaton A. Deaths of despair and the future of capitalism. Princeton: Princeton University Press; 2020.
- 59.** Van Bortel T, Basnayake A, Wurie F, Jambai M, Koroma AS, Muana AT, et al. Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bull World Health Organ*. 2016;94:210–214. doi:10.2471/BLT.15.158543.
- 60.** WHO toolkit for the care and support of people affected by complications associated with Zika virus. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255718>, consultado el 24 de marzo del 2022).
- 61.** Neurology and COVID-19: scientific brief, 29 September 2021. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/345574>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 62.** Mahler DG, Yonzan N, Lakner C, Aguilar RAC, Wu H. Updated estimates of the impact of COVID-19 on global poverty: turning the corner on the pandemic in 2021? *World Bank Blogs*. 24 de junio del 2021 (<https://blogs.worldbank.org/opendata/updated-estimates-impact-covid-19-global-poverty-turning-corner-pandemic-2021>, consultado el 3 de marzo del 2022).
- 63.** Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 (<https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health>, consultado el 3 de marzo del 2022).
- 64.** Public mental health and wellbeing and COVID-19. En: Local Government Association [página web]. Londres: Local Government Association; 2022 (<https://www.local.gov.uk/public-mental-health-and-wellbeing-and-covid-19>, consultado el 3 de marzo del 2022).
- 65.** Piquero AR, Jennings WG, Jemison E, Kaukinen C, Knaut FM. Domestic violence during the COVID-19 pandemic – evidence from a systematic review and meta-analysis. *J Crim Justice*. 2021;74:101806. doi:10.1016/j.jcrimjus.2021.101806.

- 66.** Gestión de la infodemia sobre la COVID-19: Promover comportamientos saludables y mitigar los daños derivados de la información incorrecta y falsa. Declaración conjunta de la OMS, las Naciones Unidas, el UNICEF, el PNUD, la UNESCO, ONUSIDA, la UIT, la iniciativa Pulso Mundial de las Naciones Unidas y la Federación Internacional Sociedades de la Cruz Roja y de la Media Luna Roja. 23 de septiembre del 2020 (<https://www.who.int/es/news/item/23-09-2020-managing-the-covid-19-infodemic-promoting-healthy-behaviours-and-mitigating-the-harm-from-misinformation-and-disinformation>, consultado el 3 de marzo del 2022).
- 67.** Mental health impacts of the COVID-19 pandemic in Scotland on vulnerable groups. Glasgow: Mental Health Foundation; 2020 (<https://www.mentalhealth.org.uk/sites/default/files/MHF-Impact-Covid-19-Pandemic-Scot.pdf>, consultado el 3 de marzo del 2022).
- 68.** COVID-19 Mental Disorders Collaborators. Global prevalence and burden of depressive and anxiety disorders in 204 countries and territories in 2020 due to the COVID-19 pandemic. *Lancet*. 2021;S0140-6736(21)02143-7. doi:10.1016/S0140-6736(21)02143-7.
- 69.** Salud mental y COVID-19: datos iniciales sobre las repercusiones de la pandemia: resumen científico, 2 de marzo de 2022. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/354393>, consultado el 3 de marzo del 2022).
- 70.** Action required to address the impacts of the COVID-19 pandemic on mental health and service delivery systems in the WHO European Region. Copenhague: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2021 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/342932/WHO-EURO-2021-2845-42603-59267-eng.pdf>, consultado el 3 de marzo del 2022).
- 71.** Third round of the global pulse survey on continuity of essential health services during the COVID 19 pandemic: November–December 2021: interim report, 7 February 2022. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/351527>, consultado el 4 de marzo del 2022).
- 72.** The impact of COVID-19 on mental, neurological and substance use services: results of a rapid assessment. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335838>, consultado el 4 de marzo del 2022).
- 73.** Preparación y respuesta en materia de salud mental para la pandemia de COVID 19. Informe del Director General (documento EB148/20). En: 148.a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_20-sp.pdf, consultado el 4 de marzo del 2022).
- 74.** Mental health and psychosocial support. Resources for COVID-19. En: IASC [página web]. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2022 (<https://interagencystandingcommittee.org/mental-health-and-psychosocial-support-resources-covid-19>, consultado el 17 de marzo del 2022).
- 75.** Mental health & COVID-19. En: OMS [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/mental-health-and-covid-19>, consultado el 17 de marzo del 2022).
- 76.** Promover la preparación y respuesta en materia de salud mental para las emergencias de salud pública. En: 148.a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS: resolutions and decisions [decisión EB148(3)]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148/B148_CONF5-sp.pdf, consultado el 26 de mayo del 2022).
- 77.** Panorama Global Humanitario 2022. En: Servicios OCHA [página web]. Nueva York: Oficina de Coordinación de Asuntos Humanitarios de Naciones Unidas; 2021 (<https://gho.unocha.org/es>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 78.** Jones L, Asare JB, El Masri M, Mohanraj A, Sherief H, van Ommeren M. Severe mental disorders in complex emergencies. *Lancet*. 2009;374(9690):654–661. doi:10.1016/S0140-6736(09)61253-8.
- 79.** Weissbecker I, Ventevogel P, Hanna F, Pathare S. Mental health and psychosocial support in humanitarian settings: considerations for protecting and promoting human rights. En: Rubin NS, Flores RL (editors). *The Cambridge handbook of psychology and human rights*. Cambridge: Cambridge University Press; 2020. doi:10.1017/9781108348607.026.
- 80.** Mental health and psychosocial well-being among children in severe food shortage situations. Ginebra: Organización Mundial de la Salud. 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/332423>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 81.** Charlson F, van Ommeren M, Flaxman A, Cornett J, Whiteford H, Saxena S. New WHO prevalence estimates of mental health in conflict settings: a systematic review and analysis. *Lancet*. 2019;394(10194):240–248. doi:10.1016/S0140-6736(19)30934-1.
- 82.** Goldmann E, Galea S. Mental health consequences of disasters. *Annu Rev Public Health*. 2014;35:169–183. doi:10.1146/annurev-publhealth-032013-182435.
- 83.** Refugee data finder. En: ACNUR [página web]. Ginebra: Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados; 2022 (<https://www.unhcr.org/refugee-statistics/>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 84.** Blackmore R, Boyle JA, Fazel M, Ranasinha S, Gray KM, Fitzgerald G, et al. The prevalence of mental illness in refugees and asylum seekers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS Med*. 2020;17(9):e1003337. doi:10.1371/journal.pmed.1003337.
- 85.** Silove D, Ventevogel P, Rees S. The contemporary refugee crisis: an overview of mental health challenges. *World Psychiatry*. 2017;16(2):130–139. doi:10.1002/wps.20438.
- 86.** Hamber B, Gallagher E, Ventevogel P. Narrowing the gap between psychosocial practice, peacebuilding and wider social change: an introduction to the special section in this issue. *Intervention (Amstelveen)*. 2014;12(1):7–15. doi:10.1097/WTF.0000000000000029.
- 87.** Costello A, Abbas M, Allen A, Ball S, Bell S, Bellamy R, et al. Managing the health effects of climate change. *Lancet Commissions*. 2009;373(9676):1693–1733. doi:10.1016/S0140-6736(09)60935-1.
- 88.** Watts N, Amann M, Ayeb-Karlsson S, Belesova K, Bouley T, Boykoff M, et al. The Lancet countdown on health and climate change: from 25 years of inaction to a global transformation for public health. *Lancet*. 2017;391(10120):581–630. doi:10.1016/S0140-6736(17)32464-9.
- 89.** Augustinavicius JL, Lowe SR, Massazza A, Hayes K, Denckla C, White RG, et al. Briefing paper: global climate change and trauma. Chicago: International Society for Traumatic Stress Studies; 2021 (<https://istss.org/public-resources/istss-briefing-papers/briefing-paper-global-climate-change-and-trauma>, consultado el 26 de marzo del 2022).
- 90.** Hayes K, Blashki G, Wiseman J, Burke S, Reifels L. Climate change and mental health: risks, impacts and priority actions. *Int J Ment Health Syst*. 2018;12:28. doi:10.1186/s13033-018-0210-6.
- 91.** Pourmotabbed A, Moradi S, Babaei A, Ghavami A, Mohammadi H, Jalili C, et al. Food insecurity and mental health: a systematic review and meta-analysis. *Public Health Nutrition*. 2020;23(10):1778–1790. doi:10.1017/S136898001900435X.
- 92.** Mental health and climate change: policy brief. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/354104/9789240045125-eng.pdf>, consultado el 11 de mayo del 2022).
- 93.** Thompson R, Hornigold R, Page L, Waite T. Associations between high ambient temperatures and heat waves with mental health outcomes: a systematic review. *Public Health*. 2018;161:171–191. doi:10.1016/j.puhe.2018.06.008.
- 94.** Martin-Latry K, Goumy MP, Latry P, Gabinski C, Bégaud B, Faure I, et al. Psychotropic drugs use and risk of heat-related hospitalisation. *Eur Psychiatry*. 2007;22:335–338. doi:10.1016/j.eurpsy.2007.03.007.
- 95.** Hayes K, Berry P, Ebi KL. Factors influencing the mental health consequences of climate change in Canada. *Int J Environ Res Public Health*. 2019;16(9):1583. doi:10.3390/ijerph16091583.
- 96.** GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [página web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/cb9c37d9454c80df77adaed394d7fc0f>, consultado el 3 de febrero del 2022).

- 97.** Policy brief: COVID-19 and the need for action on mental health. Nueva York: Naciones Unidas; 2020 (<https://unsdg.un.org/resources/policy-brief-covid-19-and-need-action-mental-health>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 98.** GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [página web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/2537ec0fb3bbb9114a868394976128b>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 99.** GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [página web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/5066348dc958b095cb6ceb4bfd9c3e07>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 100.** Global status report on alcohol and health 2018. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2018 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/274603>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 101.** World drug report 2021. Nueva York: Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito; 2021 (<https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/wdr2021.html>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 102.** Informe sobre la situación mundial de la respuesta de la salud pública a la demencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (publicación completa en inglés disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/344701>; resumen en español disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/350993/9789240038707-spa.pdf>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 103.** WHO methods and data sources for global burden of disease estimates 2000–2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly-methods.pdf?sfvrsn=31b25009_7, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 104.** Barra M, Broqvist M, Gustavsson E, Henriksson M, Juth N, Sandman L, et al. Severity as a priority setting criterion: setting a challenging research agenda. *Health Care Anal.* 2020;28(1):25–44. doi:10.1007/s10728-019-00371-z.
- 105.** Woody CA, Ferrari AJ, Siskind DJ, Whiteford HA, Harris MG. A systematic review and meta-regression of the prevalence and incidence of perinatal depression. *J Affect Disord.* 2017;219:86–92. doi:10.1016/j.jad.2017.05.003.
- 106.** Oram S, Khalifeh H, Howard LM. Violence against women and mental health. *Lancet Psychiatry.* 2017;4(2):159–170. doi:10.1016/S2215-0366(16)30261-9.
- 107.** Khalifeh H, Moran P, Borshmann R, Dean K, Hart C, Hogg J, et al. Domestic and sexual violence against patients with severe mental illness. *Psychol Med.* 2015;45(4):875–886. doi:10.1017/S0033291714001962.
- 108.** Kessler R, Berglund P, Demler O, Jin R, Merikangas K. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey replication. *Arch Gen Psychiatry.* 2005;62(6):593–602. doi:10.1001/archpsyc.62.6.593.
- 109.** GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [página web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/d1089abd9ea6072c2e5203256b0c7960>, consultado el 30 de marzo del 2022).
- 110.** GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [página web]. Seattle: Institute for Health Metrics and Evaluation; 2019 (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/451c9ab283c67271ec9a20c28b772f57>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 111.** Kohrt BA, Rasmussen A, Kaiser BN, Haroz EE, Maharjan SM, Mutamba BB, et al. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: literature review and research recommendations for global mental health epidemiology. *Int J Epidemiol.* 2014;43(2):365–406. doi:10.1093/ije/dyt227.
- 112.** GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [página web]. Seattle (<http://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/4131c27249674bcd9caad1c6bf68eeff>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 113.** GBD Results Tool. En: Global Health Data Exchange [página web]. Seattle (<https://ghdx.healthdata.org/gbd-results-tool?params=gbd-api-2019-permalink/859960795493214831bfa831846a9a7f>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 114.** Directrices de la OMS para el manejo de los problemas de salud física en adultos con trastornos mentales graves. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52633>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 115.** Chesney E, Goodwin GM, Fazel S. Risks of all-cause and suicide mortality in mental disorders: a meta-review. *World Psychiatry.* 2014;13(2):153–160. doi:10.1002/wps.20128.
- 116.** Correll CU, Detraux J, De Lepeleire J, De Hert M. Effects of antipsychotics, antidepressants and mood stabilizers on risk for physical diseases in people with schizophrenia, depression and bipolar disorder. *World Psychiatry.* 2015;14(2):119–136. doi:10.1002/wps.20204.
- 117.** Thornicroft G, Rose D, Kassam A. Discrimination in health care against people with mental illness. *Int Rev Psychiatry.* 2009;19(2):113–122. doi:10.1080/09540260701278937.
- 118.** Smith DJ, Langan J, McLean G, Guthrie B, Mercer SW. Schizophrenia is associated with excess multiple physical-health comorbidities but low levels of recorded cardiovascular disease in primary care: cross-sectional study. *BMJ Open.* 2013;3(4):e002808. doi:10.1136/bmjopen-2013-002808.
- 119.** Smith DJ, Martin D, McLean G, Langan J, Guthrie B, Mercer SW. Multimorbidity in bipolar disorder and undertreatment of cardiovascular disease: a cross sectional study. *BMC Med.* 2013;11:263. doi:10.1186/1741-7015-11-263.
- 120.** Liu NH, Daumit GL, Dua T, Aquila R, Charlson F, Cuijpers P, et al. Excess mortality in persons with severe mental disorders: a multilevel intervention framework and priorities for clinical practice, policy and research agendas. *World Psychiatry.* 2017;16(1):30–40. doi:10.1002/wps.20384.
- 121.** Charlson FJ, Baxter AJ, Dua T, Degenhardt L, Whiteford HA, Vos T. Excess mortality from mental, neurological and substance use disorders in the Global Burden of Disease Study 2010. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2015;24(2):121–140. doi:10.1017/S2045796014000687.
- 122.** Thornicroft G. Physical health disparities and mental illness: the scandal of premature mortality. *Br J Psychiatry.* 2011;199(6):441–442. doi:10.1192/bjp.bp.111.092718.
- 123.** Global Health Estimates 2019: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_deaths-2000-country1d20517f-89e3-4787-b639-26acbd9b8f8.xlsx?sfvrsn=51458b03_7, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 124.** Prevención del suicidio: un imperativo global. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2014 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54141>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 125.** Suicide worldwide in 2019: Global health estimates. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341728>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 126.** Global Health Estimates 2019: Deaths by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/ghe-leading-causes-of-death>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 127.** Vigo D, Thornicroft G, Atun R. Estimating the true global burden of mental illness. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(2):171–178. doi:10.1016/S2215-0366(15)00505-2.
- 128.** Global Health Estimates 2019: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghe2019_daly_global_2000_2019106cc197-7fec-4494-9b12-64d11150302b.xlsx?sfvrsn=ab2e645c_9, consultado el 25 de marzo del 2022).

- 129.** Global Health Estimates 2019: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019. Geneva, World Health Organization; 2020 (https://www.who.int/docs/default-source/gho-documents/global-health-estimates/ghes2019_yld_global_2000_2019c417f68b-841d-4a7a-9e5c-f087f9f86e48.xlsx?sfvrsn=dac29788_7, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 130.** GBD 2019 Risk Factors Collaborators. Global burden of 87 risk factors in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *Lancet*. 2020;396:1223–1249. doi:10.1016/S0140-6736(20)30752-2.
- 131.** Bloom DE, Cafiero ET, Jané-Llopis E, Abrahams-Gessel S, Bloom LR, Fathima S, et al. The global economic burden of noncommunicable diseases. Ginebra: Foro Económico Mundial; 2011 (http://www3.weforum.org/docs/WEF_Harvard_HE_GlobalEconomicBurdenNonCommunicableDiseases_2011.pdf, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 132.** Prevention and management of mental health conditions in the Philippines: the case for investment. Manila: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; 2021 (<https://www.ph.undp.org/content/philippines/en/home/library/prevention-and-management-of-mental-health-conditions-in-the-phi.html>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 133.** Christensen MK, Lim CCW, Saha S, Plana-Ripoll O, Cannon D, Presley F, et al. The cost of mental disorders: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e161. doi:10.1017/S204579602000075X.
- 134.** Ryan G, Lemmi V, Hanna F, Loryman H, Eaton J. Mental health for sustainable development: a topic guide for development professionals. Londres y Brighton: Mental Health Innovation Network and Institute for Development Studies; 2020 (<https://opendocs.ids.ac.uk/opendocs/handle/20.500.12413/14908>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 135.** Saxena S, Kline S. Countdown global mental health 2030: data to drive action and accountability. *Lancet Psychiatry*. 2021;8(11):941–942. doi:10.1016/S2215-0366(21)00391-6.
- 136.** Countdown global mental health 2030: data to drive action and accountability. Londres: United for Mental Health; 2021 (<https://unitedgmh.org/countdown-global-mental-health>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 137.** Woelbert E, White R, Lundell-Smith K, Grant J, Kemmer D. Inequities of mental health research funding. Montreal: International Alliance of Mental Health Research Funders; 2020. doi:10.6084/m9.figshare.13055897.v2.
- 138.** Abimbola S, Asthana S, Montenegro C, Guinto RR, Jumbam DT, Louskieter L, et al. Addressing power asymmetries in global health: imperatives in the wake of the COVID-19 pandemic. *PLoS Med*. 2021;18(4):e1003604. doi:10.1371/journal.pmed.1003604.
- 139.** Eaton J, Carroll A, Scherer N, Daniel L, Njenga M, Sunkel C, et al. Accountability for the rights of people with psychosocial disabilities: an assessment of country reports for the Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Health Hum Rights*. 2021;23(1):175–189.
- 140.** Saxena S, Thornicroft G, Knapp M, Whiteford H. Resources for mental health: scarcity, inequity, and inefficiency. *Lancet*. 2007;370(9590):878–889. doi:10.1016/S0140-6736(07)61239-2.
- 141.** Alegría M, Chatterji P, Wells K, Cao Z, Chen CN, Takeuchi D, et al. Disparity in depression treatment among racial and ethnic minority populations in the United States. *Psychiatric Services*. 2008; 59:1264–1272. doi:10.1176/appi.ps.59.11.1264.
- 142.** Liese BH, Gribble RSF, Wickremsinhe MN. International funding for mental health: a review of the last decade. *Int Health*. 2019;11(5):361–369. doi:10.1093/inthealth/ihz040.
- 143.** Global Health Estimates 2016: DALYs by age, sex and cause. En: *Global Health Estimates 2019: disease burden by cause, age, sex, by country and by region, 2000–2019*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates/global-health-estimates-leading-causes-of-dalys>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 144.** Todesco B, Ostuzzi G, Barbui C. Mapping the selection, availability, price and affordability of essential medicines for mental health conditions at a global level. *Epidemiol Psychiatr Sci*. Apr 19;31:e22. doi: 10.1017/S2045796022000087. PMID: 35438063; PMCID: PMC9069582.
- 145.** Measuring digital development: facts and figures 2020. Ginebra: International Telecommunications Union; 2020 (<https://www.itu.int/en/ITU-D/Statistics/Pages/facts/default.aspx>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 146.** Greer B, Robotham D, Simblett S, Curtis H, Griffiths H, Wykes T. Digital exclusion among mental health service users: qualitative investigation. *J Med Internet Res*. 2019;21(1):e11696. doi:10.2196/11696.
- 147.** Moitra M, Santomauro D, Collins PY, Vos T, Whiteford H, Saxena S, et al. The global gap in treatment coverage for major depressive disorder in 84 countries from 2000–2019: a systematic review and Bayesian meta-regression analysis. *PLoS Med*. 2022;19(2):e1003901. doi:10.1371/journal.pmed.1003901.
- 148.** Gorringer J, Hughes D, Kidy F, Kesner C, Sale J, Sabouni A. Return on the individual: time to invest in mental health. Londres: United for Global Mental Health; 2020 (https://www.pih.org/sites/default/files/2021-06/ROI_FullReport_Speak%20Your%20Mind.pdf, consultado el 26 de mayo del 2022).
- 149.** Patel V, Chisholm D, Kirkwood BR, Mabey D. Prioritizing health problems in women in developing countries: comparing the financial burden of reproductive tract infections, anaemia and depressive disorders in a community survey in India. *Trop Med Int Health*. 2006;12(1):130–139. doi:10.1111/j.1365-3156.2006.01756.x.
- 150.** Wellcome Global Monitor 2020: Mental health. Londres: Wellcome Trust; 2021 (<https://wellcome.org/reports/wellcome-global-monitor-mental-health/2020>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 151.** Rhodes A. Child mental health problems: can parents spot the signs? Melbourne: The Royal Children’s Hospital; 2017 (https://www.rchpoll.org.au/wp-content/uploads/2017/10/RCH-National-Child-Health-Poll-Report_Poll-8_Final.pdf, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 152.** Shi W, Shen Z, Wang S, Hall BJ. Barriers to professional health help-seeking among Chinese adults: a systematic review. *Front. Psychiatry*. 2020;11:442. doi:10.3389/fpsy.2020.00442.
- 153.** Ventevogel P, Jordans M, Reis R, de Jong J. Madness or sadness? Local concepts of mental illness in four conflict-affected African communities. *Confl health*. 2013;7(1):1–16. doi:10.1186/1752-1505-7-3.
- 154.** Funk M, Drew N, Freeman M, Faydi E. Salud mental y desarrollo: Poniendo el objetivo en las personas con problemas de salud mental como un grupo vulnerable. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/9789962642657-spa.pdf?sfvrsn=4ab1514d_2, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 155.** Thornicroft G. *Shunned: discrimination against People with Mental Illness*. Oxford: Oxford University Press; 2006.
- 156.** Corrigan P, Watson AC. Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*. 2002;1(1):16–20.
- 157.** Gureje O, Lasebikan VO, Ephraim-Oluwanuga O, Olley BO, Kola L. Community study of knowledge of and attitude to mental illness in Nigeria. *Br J Psychiatry* 2005;186:436–441. doi:10.1192/bjp.186.5.436.
- 158.** Polyakov M, Sale J, Kline S, Saxena S. No health without mental health: the urgent need for health integration in UHC. Londres: United for Global Mental Health; 2020 (consultado el 25 de marzo del 2022).
- 159.** mhGAP Evidence Resource Centre. En: OMS [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/treatment-care/mental-health-gap-action-programme/evidence-centre>, consultado el 25 de marzo del 2022).

- 160.** Caddick H, Horne B, Mackenzie J, Tilley H. Investing in mental health in low-income countries. ODI Insights report. Londres: Overseas Development Institute; 2016 (<https://odi.org/en/publications/investing-in-mental-health-in-low-income-countries>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 161.** Manual operativo del mhGAP: Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP). Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/52328>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 162.** Stein DJ, Benjet C, Gureje O, Lund C, Scott KM, Poznyak V, et al. Integrating mental health with other non-communicable diseases. *BMJ*. 2019;364:l295. doi:10.1136/bmj.l295.
- 163.** Scott KM, Von Korff M, Angermeyer MC, Benjet C, Bruffaerts R, de Girolamo G, et al. Association of childhood adversities and early-onset mental disorders with adult-onset chronic physical conditions. *Arch Gen Psychiatry*. 2011;68(8):838–844. doi:10.1001/archgenpsychiatry.2011.77.
- 164.** Berkowitz AL, Raibagkar P, Pritt BS, Mateen FJ. Neurological manifestations of the neglected tropical diseases. *J Neurol Sci*. 2015;349(1-2):20–32.
- 165.** Thakur KT, Boubour A, Saylor D, Das M, Bearden DR, Birbeck GL. Global HIV neurology: A comprehensive review. *Aids*. 2019; 33(2):163–184. doi:10.1097/QAD.0000000000001796.
- 166.** Integración de las intervenciones en materia de salud mental y VIH — Consideraciones principales. Ginebra: ONUSIDA y Organización Mundial de la Salud; 2022 (https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-interventions_es.pdf, consultado el 11 de mayo del 2022).
- 167.** Fujiwara PI. The links between tuberculosis and mental health: evidence and best practice incorporating guidance to USAID. Washington, DC: USAID; 2021 (<https://www.usaid.gov/document/links-between-tuberculosis-and-mental-health-evidence-and-best-practice-incorporating-guidance-usaid>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 168.** Mental health of people with neglected tropical diseases: towards a person-centred approach. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/335885>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 169.** Moussavi S, Chatterji S, Verdes E, Tandon A, Patel V, Ustun B. Depression, chronic diseases, and decrements in health: results from the World Health Surveys. *Lancet*. 2007;370(9590):851–858. doi:10.1016/S0140-6736(07)61415-9.
- 170.** Ciesla JA, Roberts JE. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. *Am J Psychiatry*. 2001;158(5):725–730. doi:10.1176/appi.ajp.158.5.725.
- 171.** Pelton M, Ciarletta M, Wisnously H, Lazzara N, Manglani M, Ba DM, et al. Rates and risk factors for suicidal ideation, suicide attempts and suicide deaths in persons with HIV: a systematic review and meta-analysis. *Gen Psychiatry* 2021;34:e100247. doi:10.1136/gpsych-2020-100247.
- 172.** Ambaw F, Mayston R, Hanlon C, Medhin G, Alem A. Untreated depression and tuberculosis treatment outcomes, quality of life and disability, Ethiopia. *Bull World Health Organ*. 2018;96:243–255. doi:10.2471/BLT.17.192658.
- 173.** Sartorius N. Comorbidity of mental and physical diseases: a main challenge for medicine of the 21st century. *Shanghai Arch Psychiatry*. 2013;25(2):68–69. doi:10.3969/j.issn.1002-0829.2013.02.002.
- 174.** Integrating the prevention, treatment and care of mental health conditions and other noncommunicable diseases within health systems. WHO European high-level conference on noncommunicable diseases. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2019 (https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/397786/Mental-Health-Conditions-ENG.pdf, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 175.** Integrating the response to mental disorders and other chronic diseases in health care systems. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112830>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 176.** Archer J, Bower P, Gilbody S, Lovell K, Richards D, Gask L, et al. Collaborative care for depression and anxiety problems. *Cochrane Database Syst Rev*. 2012;10:CD006525. doi:10.1002/14651858.CD006525.pub2.
- 177.** Li LW, Xue J, Conwell Y, Yang Q, Chen S. Implementing collaborative care for older people with comorbid hypertension and depression in rural China. *Int Psychogeriatr*. 2020 Dec;32(12):1457–1465.
- 178.** Knapp M, Funk M, Curran C, Prince M, Grigg M, McDaid D. Economic barriers to better mental health practice and policy. *Health Policy Plan*. 2006;21(3):157–170. doi:10.1093/heapol/czl003.
- 179.** UHC Compendium. En: OMS/Cobertura Universal de Salud [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/universal-health-coverage/compendium/database>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 180.** Aguilera I, Infante A, Ormeño H, Urriola C. Improving health system efficiency: Chile: Implementation of the Universal Access with Explicit Guarantees (AUGE) reform. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/187657>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 181.** Bitran R. Garantías explícitas de salud para los chilenos: El Plan de beneficios del AUGE. Washington, DC: Banco Mundial; 2013. (<https://documents1.worldbank.org/curated/en/389421468238169173/pdf/749580NWPOSPAN00UNICO0Spanish0Final.pdf>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 182.** Araya R, Zitko P, Markkula N. The impact of universal health care programmes on improving 'realized access' to care for depression in Chile. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45:790–799. doi:10.1007/s10488-018-0864-z.
- 183.** Lasalvia A, Zoppei S, Van Bortel T, Bonetto C, Cristofalo D, Wahlbeck K, et al. Global pattern of experienced and anticipated discrimination reported by people with major depressive disorder: A cross-sectional survey. *Lancet*. 2013;381(9860):55–62. doi:10.1016/S0140-6736(12)61379-8.
- 184.** QualityRights materials for training, guidance and transformation. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/publications/i/item/who-qualityrights-guidance-and-training-tools>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 185.** Thornicroft G, Mehta N, Clement S, Evans-Lacko S, Doherty M, Rose D, et al. Evidence for effective interventions to reduce mental-health-related stigma and discrimination. *Lancet*. 2016;387(10023):1123–1132. doi:10.1016/S0140-6736(15)00298-6.
- 186.** Corrigan PW, River LP, Lundin RK, Penn DL, Uphoff-Wasowski K, Campion J, et al. Three strategies for changing attributions about severe mental illness. *Schizophr Bull*. 2001;27(2):187–195. doi:10.1093/oxfordjournals.schbul.a006865.
- 187.** Clay J, Eaton J, Gronholm PC, Semrau M, Votruba N. Core components of mental health stigma reduction interventions in low- and middle-income countries: a systematic review. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;29:e164. doi:10.1017/S2045796020000797.
- 188.** Thornicroft G, Bakolis I, Evans-Lacko S, Gronholm PC, Henderson C, Kohrt BA, et al. Key lessons learned from the INDIGO global network on mental health related stigma and discrimination. *World Psychiatry*. 2019;18(2):229–230. doi:10.1002/wps.20628.
- 189.** Committee on the Science of Changing Behavioral Health Social Norms; Board on Behavioral, Cognitive, and Sensory Sciences; Division of Behavioral and Social Sciences and Education; National Academies of Sciences, Engineering, and Medicine. Ending discrimination against people with mental and substance use disorders: the evidence for stigma change. Washington, DC: National Academies Press; 2016. doi:10.17226/23442.
- 190.** Strengthening mental health [página web]. Londres: The Indigo Network; 2021 (<https://indigo-group.org/>, consultado el 24 de octubre del 2021).

- 191.** Yon Y, Ramiro-Gonzalez M, Mikton CR, Huber M, Sethi D. The prevalence of elder abuse in institutional settings: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Public Health.* 2019;29(1):58–67. doi:10.1093/eurpub/cky093.
- 192.** Living in chains: shackling of people with psychosocial disabilities worldwide. Nueva York: Human Rights Watch; 2020 (<https://www.hrw.org/report/2020/10/06/living-chains/shackling-people-psychosocial-disabilities-worldwide>, consultado el 23 de noviembre del 2021).
- 193.** Peterson I, Marais D, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Chisholm D, et al. Strengthening mental health system governance in six low- and middle-income countries in Africa and South Asia: Challenges, needs and potential strategies. *Health Policy Plan.* 2017;32(5):699–709. doi:10.1093/heapol/czx014.
- 194.** Desmond C, Watt K, Saha A, Huang J, Lu C. Prevalence and number of children living in institutional care: Global, regional and country estimates. *Lancet Child Adolesc Health.* 2020;4(5):370–377. doi:10.1016/S2352-4642(20)30022-5.
- 195.** OMS y Fundação Calouste Gulbenkian. Promoting rights and community living for children with psychosocial disabilities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/184033>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 196.** Cursos en línea WHO QualityRights sobre salud mental, recuperación e inclusión en la comunidad [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/policy-law-rights/qre-training>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 197.** WHO QualityRights [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://qualityrights.org>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 198.** Funk M, Drew Bold N, Ansong J, Chisholm D, Murko M, Nato J, et al. Strategies to achieve a rights-based approach through WHO QualityRights. En: Stein MA, Mahomed F, Patel V, Sunkel C (editors). *Mental health, legal capacity and human rights.* Cambridge: Cambridge University Press; 2021. doi:10.1017/9781108979016.
- 199.** Freeman MC, Kolappa K, Caldas de Almeida JM, Kleinman A, Makhshvili N, Phakathi S, et al. Reversing hard won victories in the name of human rights: a critique of the General Comment on Article 12 of the UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. *Lancet Psychiatry.* 2015;2(9):844–850. doi:10.1016/S2215-0366(15)00218-7
- 200.** Puras D, Gooding P. Mental health and human rights in the 21st century. *World Psychiatry.* 2019;18(1):42–43. doi:10.1002/wps.20599
- 201.** Minkowitz T. CRPD advocacy by the World Network of Users and Survivors of Psychiatry: The emergence of a user/survivor perspective in human rights. SSRN. 2012. doi:10.2139/ssrn.2326668
- 202.** Sunkel C. The UN convention: a service user perspective. *World Psychiatry.* 2019;18(1):51–52. doi:10.1002/wps.20606
- 203.** Barbui C, Purgato M, Abdulmalik J, Caldas-de-Almeida JM, Eaton J, Gureje O, et al. Efficacy of interventions to reduce coercive treatment in mental health services: Umbrella review of randomised evidence. *Br J Psychiatry.* 2020;1–11. doi:10.1192/bjp.2020.144.
- 204.** Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights specialized training: course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 205.** Supported decision-making and advance planning: WHO QualityRights specialized training: course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329609>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 206.** Vásquez Encalada A, Bialik K, Stober K. Supported decision making in South America: Analysis of three countries' experiences. *Int J Environ Res Public Health.* 2021;18:5204. doi:10.3390/ijerph18105204.
- 207.** User empowerment in mental health: a statement by the WHO Regional Office for Europe. Empowerment is not a destination, but a journey. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107275>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 208.** Voice, agency, empowerment – handbook on social participation for universal health coverage. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/342704>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 209.** Semrau M, Lempp H, Keynejad R, Evans-Lacko S, Mugisha J, Raja S, et al. Service user and caregiver involvement in mental health system strengthening in low- and middle-income countries: systematic review. *BMC Health Serv Res.* 2016;16:79. doi:10.1186/s12913-016-1323-8.
- 210.** Kohrt BA, Jordans MJD, Turner EL, Rai S, Gurung D, Dhakal M, et al. Collaboration with people with lived experience of mental illness to reduce stigma and improve primary care services: a pilot cluster randomized clinical trial. *JAMA Netw Open.* 2021;4(11):e2131475. doi:10.1001/jamanetworkopen.2021.31475.
- 211.** Civil society organizations to promote human rights in mental health and related areas: WHO QualityRights guidance module. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329589>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 212.** Joint position statement. Equality and equity in COVID-19 response. Global Mental Health Peer Network & Human Rights in Mental Health FGIP; 2020 (https://www.gmhpn.org/uploads/1/2/0/2/120276896/gmhpn_fgip_joint_position_statement_-_covid19.pdf, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 213.** Healthy, prosperous lives for all: the European health equity status report. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/326879>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 214.** Pathare S, Burgess RA, Collins PY. World Mental Health Day: Prioritise social justice, not only access to care. *Lancet.* 2021;398(10314):1859–1860.
- 215.** Marmot M, Allen J. Health priorities and the social determinants of health. *East Mediterr Health J.* 2015;21(9):671–672 (https://applications.emro.who.int/emhj/v21/09/EMHJ_2015_21_9_671_672.pdf?ua=1&ua=1, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 216.** Lund C, Docrat S, Abdulmalik J, Alem A, Fekadu A, Gureje O, et al. Household economic costs associated with mental, neurological and substance use disorders: a cross-sectional survey in six low- and middle-income countries. *BJPsych Open.* 2019;5(3):E34. doi:10.1192/bjo.2019.20.
- 217.** Chisholm D, Sweeny K, Sheehan P, Rasmussen B, Smit F, Cuijpers P, et al. Scaling-up treatment of depression and anxiety: A global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(5):415–424. doi:10.1016/S2215-0366(16)30024-4.
- 218.** Lund C, Orkin K, Witte M, Davies T, Haushofer J, Bass J, et al. The economic effects of mental health interventions in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. Documento de trabajo. 2018 (<https://www.semanticscholar.org/paper/Economic-impacts-of-mental-health-interventions-in-Lund-Orkin/023b6dd83154b0793efaec987aba6e7d493f7854>, consultado el 26 de mayo del 2022).
- 219.** Kangasniemi A, Maxwell L, Sereneo M. The ROI in workplace mental health programs: good for people, good for business: a blueprint for workplace mental health programs. Nueva York: Deloitte; 2019 (<https://www2.deloitte.com/us/en/insights/topics/talent/workplace-mental-health-programs-worker-productivity.html>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 220.** Santini ZI, Becher H, Jørgensen MB, Davidsen M, Nielsen L, Hinrichsen C, et al. Economics of mental well-being: a prospective study estimating associated health care costs and sickness benefit transfers in Denmark. *Eur J Health Econ.* 2021;22:1053–1065. doi:10.1007/s10198-021-01305-0.
- 221.** Mental health investment case: a guidance note. Ginebra: Organización Mundial de la Salud and United Nations Development Programme; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/340246>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 222.** WHO menu of cost-effective interventions for mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/343074>, consultado el 25 de marzo del 2022).

- 223.** Chisholm D, Saxena S. Cost effectiveness of strategies to combat neuropsychiatric conditions in sub-Saharan Africa and South East Asia: mathematical modelling study. *BMJ*. 2012;344:e609. doi:10.1136/bmj.e609.
- 224.** Chisholm D, Burman-Roy S, Fekadu A, Kathree T, Kizza D, Luitel NP, et al. Estimating the cost of implementing district mental healthcare plans in five low- and middle-income countries: the PRIME study. *Br J Psychiatry*. 2016;208(Suppl 56):s71–s78. doi:10.1192/bjp.bp.114.153866.
- 225.** Care for mental health conditions in Jamaica: The case for investment. Evaluating the return on investment of scaling up treatment for depression, anxiety, and psychosis. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019 (<https://www.paho.org/en/documents/care-mental-health-conditions-jamaica-case-investment-evaluating-return-investment>).
- 226.** Prevention and management of mental health conditions in the Philippines. The case for investment. Manila: Oficina Regional de la OMS para el Pacífico Occidental; 2021.
- 227.** Besada D, Docrat S, Lund C. Mental health investment case for South Africa. Final report of the Mental Health Investment Case Task Team. Pretoria: Department of Health; 2021.
- 228.** Prevention and management of mental health conditions in Uzbekistan: the case for investment. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2021.
- 229.** Everybody's business. Strengthening health systems to improve health outcomes: WHO's framework for action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2007 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43918>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 230.** Normas internacionales: Relator Especial sobre el derecho de toda persona a la salud física y mental. En: Derechos Humanos, Naciones Unidas [página web]. Nueva York: Oficina del Alto Comisionado de Naciones Unidas para los Derechos Humanos; 2021 (<https://www.ohchr.org/es/special-procedures/sr-health/international-standards-right-physical-and-mental-health>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 231.** Transformar nuestro mundo: la Agenda 2030 para el Desarrollo Sostenible (resolución A/RES/70/1). En: Septuagésimo período de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, Nueva York, 25 de septiembre del 2015. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas; 2015 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N15/291/93/pdf/N1529193.pdf?OpenElement>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 232.** Declaración política de la Tercera Reunión de Alto Nivel de la Asamblea General sobre la Prevención y el Control de las Enfermedades No Transmisibles (resolución A/RES/73/2). En: Septuagésimo tercer período de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, Nueva York, 10 de octubre del 2018. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas; 2018 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N18/315/44/pdf/N1831544.pdf?OpenElement>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 233.** Declaración política de la reunión de alto nivel sobre la cobertura sanitaria universal (resolución A/RES/74/2). En: Septuagésimo cuarto período de sesiones de la Asamblea General de Naciones Unidas, Nueva York, 10 de octubre del 2019. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas; 2019 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N19/311/88/pdf/N1931188.pdf?OpenElement>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 234.** WHO Special Initiative for Mental Health. En: OMS/Iniciativas [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/initiatives/who-special-initiative-for-mental-health>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 235.** Patel V, Saxena S. Achieving universal health coverage for mental disorders. *BMJ*. 2019;366:l4516. doi:10.1136/bmj.l4516.
- 236.** Champion J, Knapp M. The economic case for improved coverage of public mental health interventions. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(2):103–105. doi:10.1016/S2215-0366(17)30433-9.
- 237.** Caldas de Almeida JM, Minas H, Cayetano C. Generating political commitment for mental health system development. En: Patel V, Minas H, Cohen A, Prince M (editors). *Global mental health: principles and practice*. Oxford: Oxford University Press; 2013. doi:10.1093/med/9780199920181.003.0020.
- 238.** The World Mental Health Survey Initiative [página web]. Boston: Harvard University; 2021 (<https://www.hcp.med.harvard.edu/wmh>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 239.** Demyttenaere K, Bruffaerts R, Posada-Villa J, Gasquet I, Kovess V, Lepine JP, et al. Prevalence, severity, and unmet need for treatment of mental disorders in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *JAMA*. 2004;291(21):2581–2590. doi:10.1001/jama.291.21.2581.
- 240.** Kessler RC, Angermeyer M, Anthony JC, Graaf RDE, Demyttenaere K, Gasquet I, et al. Lifetime prevalence and age-of-onset distributions of mental disorders in the World Health Organization's World Mental Health Survey Initiative. *World Psychiatry*. 2007;6(3):168–176.
- 241.** Dua T, Barbu C, Clark N, Fleischmann A, Poznyak V, van Ommeren M, et al. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. 2011;8(11):e1001122. doi:10.1371/journal.pmed.1001122.
- 242.** England MJ, Butler AS, Gonzalez ML (editors). *Psychosocial interventions for mental and substance use disorders: a framework for establishing evidence-based standards*. Washington, DC: National Academies Press; 2015.
- 243.** WHO model lists of essential medicines. En: OMS [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/groups/expert-committee-on-selection-and-use-of-essential-medicines/essential-medicines-lists>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 244.** Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>, consultado el 25 de marzo del 2022).
- 245.** CIE-11: Clasificación Internacional de Enfermedades, 11.a revisión [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://icd.who.int/es>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 246.** Clinical descriptions and diagnostic requirements for ICD-11 mental, behavioural, and neurodevelopmental disorders. Ginebra: Organización Mundial de la Salud [en imprenta].
- 247.** Reed GM, First MB, Kogan CS, Hyman SE, Gureje O, Gaebel W, et al. Innovations and changes in the ICD-11 classification of mental, behavioural and neurodevelopmental disorders. *World Psychiatry*. 2019;18(1):3–19. doi:10.1002/wps.20611.
- 248.** Sistemas de información de salud mental. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333276>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 249.** Mayston R, Ebhohimen K, Jacob K. Measuring what matters – information systems for management of chronic disease in primary healthcare settings in low and middle-income countries: challenges and opportunities. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2020;20(e127):1–5. doi:10.1017/S204579602000030X.
- 250.** Upadhaya N, Jordans MJD, Abdulmalik J, Ahuja S, Alem A, Hanlon C, et al. Information systems for mental health in six low and middle income countries: cross country situation analysis. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:60. doi:10.1186/s13033-016-0094-2.
- 251.** Collins PY, Patel V, Joestl SJ, March D, Insel TR, Daar AS, et al. Grand challenges in global mental health. *Nature*. 2011;475(7354):27–30. doi:10.1038/475027a.
- 252.** Saraceno B. Mental health systems research is urgently needed. *Int J Ment Health Syst*. 2007;1(1):2. doi:10.1186/1752-4458-1-2.
- 253.** Staley K, Kabir T, Szmukler G. Service users as collaborators in mental health research: less stick, more carrot. *Psychol Med*. 2013;43(6):1121–1125. doi:10.1017/S0033291712001663.
- 254.** Votruba N, Grant J, Thornicroft G. The EVITA framework for evidence-based mental health policy agenda setting in low-and middle-income countries. *Health Policy Plan*. 2020;35(4):424–439. doi:10.1093/heapol/czz179.
- 255.** Fox AM, Goldberg AB, Gore RJ, Bärnighausen T. Conceptual and methodological challenges to measuring political commitment to respond to HIV. *J Int AIDS Soc*. 2011;14(Suppl 2):S5. doi:10.1186/1758-2652-14-S2-S5.

- 256.** Iemmi V. Motivation and methods of external organisations investing in mental health in low-income and middle-income countries: a qualitative study. *Lancet Psychiatry*. 2021;S2215-0366(20)30511-3. doi:10.1016/S2215-0366(20)30511-3.
- 257.** Advocacy for mental health, disability and human rights: WHO QualityRights guidance module. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329587>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 258.** Saraceno B, van Ommeren M, Batniji R, Cohen A, Gureje O, Mahoney J, et al. Barriers to improvement of mental health services in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2007;370(9593):1164–1174. doi:10.1016/S0140-6736(07)61263-X.
- 259.** Día Mundial de la Salud Mental. En: OMS [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/es/campaigns/world-mental-health-day>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 260.** Caldas de Almeida JM, Horvitz-Lennon M. Mental health care reforms in Latin America: an overview of mental health care reforms in Latin America and the Caribbean. *Psychiatr Serv*. 2010;61(3):218–221. doi:10.1176/ps.2010.61.3.218.
- 261.** Volver a construir mejor: Atención de salud mental sostenible después de una emergencia. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (publicación completa en inglés disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85377>; información general en español disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/85619>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 262.** Expansion of Mental health Services in Sri Lanka. Colombo: Ministerio de Salud de Sri Lanka y Oficina de la OMS en Sri Lanka; 2021.
- 263.** Promover la preparación y respuesta en materia de salud mental para las emergencias de salud pública. En: 148.a reunión del Consejo Ejecutivo de la OMS, Ginebra, del 18 al 26 de enero del 2021. Resoluciones, decisiones y anexos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 [documento EB148(3)] (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/EB148-REC1/B148_REC1-sp.pdf#page=32, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 264.** Shidhaye R, Murhar V, Gangale S, Aldridge L, Shastri R, Parikh R, et al. The effect of VISHRAM, a grass-roots community-based mental health programme, on the treatment gap for depression in rural communities in India: a population-based study. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(2):128–135. doi:10.1016/S2215-0366(16)30424-2.
- 265.** Jordans MJD, Luitel NP, Lund C, Kohrt BA. Evaluation of proactive community case detection to increase help seeking for mental health care: a pragmatic randomized controlled trial. *Psychiatr Serv*. 2020;71(8):810–815. doi:10.1176/appi.ps.201900377.
- 266.** Naslund JA, Aschbrenner KA, Araya R, Marsch LA, Unützer J, Patel V, et al. Digital technology for treating and preventing mental disorders in low-income and middle-income countries: a narrative review of the literature. *Lancet Psychiatry*. 2017;4(6):486–500. doi:10.1016/S2215-0366(17)30096-2.
- 267.** Martinez-Martin N, Dasgupta I, Carter A, Chandler JA, Kellmeyer P, Kreitmair K, et al. Ethics of digital mental health during COVID-19: crisis and opportunities. *JMIR Ment Health*. 2020;7(12):e23776. doi:10.2196/23776.
- 268.** Directrices de la OMS sobre la actividad física, el comportamiento sedentario y el sueño para menores de 5 años. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/51805>, consultado el 8 de abril del 2022).
- 269.** Pautas de alimentación saludable, actividad física, comportamiento sedentario y sueño para la educación y atención a la primera infancia: conjunto de herramientas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/352618>, consultado el 8 de abril del 2022).
- 270.** Mihara S, Higuchi S. Cross-sectional and longitudinal epidemiological studies of Internet gaming disorder: a systematic review of the literature. *Psychiatry Clin Neurosci*. 2017;71(7):425–444. doi:10.1111/pcn.12532.
- 271.** Araya R, Rossi Menezes P, Garcia Claro H, Brandt LR, Daley KL, Quayle J, et al. Effect of a digital intervention on depressive symptoms in patients with comorbid hypertension or diabetes in Brazil and Peru: two randomized clinical trials. *JAMA*. 2021;325(18):1852–1862. doi:10.1001/jama.2021.4348.
- 272.** Mental well-being: resources for the public. En: OMS [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://www.who.int/news-room/feature-stories/mental-well-being-resources-for-the-public>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 273.** Resources. En: Global Mental Health Peer Network [página web]. Johannesburgo: Global Mental Health Peer Network; 2021 (<https://www.gmhpn.org/resources.html>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 274.** Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. Online mental health services in China during the COVID 19 outbreak. *Lancet Psychiatry*. 2020;7(4):e17–e18. doi:10.1016/S2215-0366(20)30077-8.
- 275.** EMPOWER [página web]. Boston: EMPOWER; 2021 (<https://empower.care>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 276.** Campus Virtual de Salud Pública [página web]. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2021 (<https://www.campusvirtualsp.org/es>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 277.** El Campus Virtual de la OPS pone a disposición cursos sobre la COVID-19. Boletín OPS/BIREME/OMS N.º 43. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2020 (<https://boletin.bireme.org/2020/04/30/el-campus-virtual-de-la-ops-pone-a-disposicion-cursos-sobre-la-covid-19/>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 278.** Khoja S, Scott R, Husyin N, Durrani H, Arif M, Faqiri F, et al. Impact of simple conventional and telehealth solutions on improving mental health in Afghanistan. *J Telemed Telecare*. 2016;22(8):495–498. doi:10.1177/1357633X16674631.
- 279.** Berryhill MB, Culmer N, Williams N, Halli-Tierney A, Betancourt A, Roberts H, et al. Videoconferencing psychotherapy and depression: a systematic review. *Telemed J E Health*. 2019;25:435–446. doi:10.1089/tmj.2018.0058.
- 280.** Circular de la FDA N.º 2020–007. Guidelines in the implementation of the use of electronic means of prescription for drugs for the benefit of individuals vulnerable to COVID-19. Manila: Food and Drug Administration Philippines; 2020 (<https://www.fda.gov.ph/fda-circular-no-2020-007-guidelines-in-the-implementation-of-the-use-of-electronic-means-of-prescription-for-drugs-for-the-benefit-of-individuals-vulnerable-to-covid-19>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 281.** Comparative effectiveness of different formats of psychological treatments for depressive disorder. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2015 (https://cdn.who.int/media/docs/default-source/mental-health/mhgap/depression/comparative-effectiveness-of-different-formats-of-psychological-treatments-for-depressive-disorder.pdf?sfvrsn=5e99c74a_0, consultado el 27 de mayo del 2022).
- 282.** Sasaki N, Imamura K, Thi Thu Tran T, Thanh Nguyen H, Kuribayashi K, Sakuraya A, et al. Effects of smartphone-based stress management on improving work engagement among nurses in Vietnam: secondary analysis of a three-arm randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2021;23(2):e20445. doi:10.2196/20445.
- 283.** Schaub MP, Tiburcio M, Martínez-Vélez N, Ambekar A, Bhad R, Wenger A, et al. The effectiveness of a web based self-help program to reduce alcohol use among adults with drinking patterns considered harmful, hazardous, or suggestive of dependence in four low- and middle-income countries: randomized controlled trial. *J Med Internet Res*. 2021;23(8):e21686. doi:10.2196/21686.
- 284.** McBride KA, Harrison S, Mahata S, Pfeffer K, Cardamone F, Ngigi T, et al. Building mental health and psychosocial support capacity during a pandemic: the process of adapting Problem Management Plus for remote training and implementation during COVID-19 in New York city, Europe and East Africa. *Intervention*. 2021;19(1):37–47. doi:10.4103/INTV.INTV_30_20.

- 285.** Rosenberg T. Depressed? Here's a Bench. Talk to Me. *New York Times*. 22 de julio del 2019 (<https://www.nytimes.com/2019/07/22/opinion/depressed-heres-a-bench-talk-to-me.html>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 286.** Financing global mental health. Londres: Lion's Head Global Partners; 2018 (<https://web.archive.org/web/20220617053105/http://unitedgmh.org/sites/default/files/2020-09/Financing-for-Global-Mental-Health-2018.pdf>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 287.** Estudios Epidemiológicos de Salud Mental INSM HDHN, marzo del 2019. Elaboración: Equipo Técnico sobre salud mental. Lima: OGTI MINSa; 2019.
- 288.** Improving networks of community mental health services in the Asia-Pacific economies: Lima, Peru, 16-19 July 2019. Singapur: Foro de Cooperación Económica Asia-Pacífico; 2020 ([https://www.apec.org/docs/default-source/Publications/2020/11/Improving-Networks-of-Community-Mental-Health-Services-in-the-Asia-Pacific-Economies.pdf](https://www.apec.org/docs/default-source/Publications/2020/11/Improving-Networks-of-Community-Mental-Health-Services-in-the-Asia-Pacific-Economies/220_HWG_Improving-Networks-of-Community-Mental-Health-Services-in-the-Asia-Pacific-Economies.pdf), consultado el 28 de marzo del 2022).
- 289.** Chisholm D. Dollars, DALYs and decisions: economic aspects of the mental health system. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2006 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43574>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 290.** United Nations multi-partner trust fund to catalyze country action for non-communicable diseases and mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341905>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 291.** Charlson FJ, Dieleman J, Singh L, Whiteford HA. Donor financing for global mental health, 1995–2015: an assessment of trends, channels, and alignment with the disease burden. *PLoS One*. 2017;12:e016938. doi:10.1371/journal.pone.0169384.
- 292.** Lemmi V. Philanthropy for global mental health 2000–2015. *Glob Ment Health (Camb)*. 2020;7:e9. doi:10.1017/gmh.2020.2.
- 293.** Pursukoon Zindagi "Peaceful Life" COVID-19 Mental Health Response. En: MHN/Innovations [página web]. Ginebra: Mental Health Innovation Network; 2021 (<https://www.mhinnovation.net/innovations/pursukoon-zindagi-peaceful-life-covid-19-mental-health-response>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 294.** IRD. Pursukoon Zindagi – 'Peaceful Life'. Durham: Innovations in Healthcare; 2021 (<https://www.innovationsinhealthcare.org/IRD%20Innovator%20Profile.pdf>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 295.** Kohrt B, Asher L, Bhardwaj A, Fazel M, Jordans MJD, Mutamba BB, et al. The role of communities in mental health care in low- and middle-income countries: a meta-review of components and competencies. *Int J Environ Res Public Health*. 2018;15(6):1279. doi:10.3390/ijerph15061279.
- 296.** Van Ginneken N, Yee Chin W, Chian Lim Y, Ussif A, Singh R, Shahmalak U, et al. Primary-level worker interventions for the care of people living with mental disorders and distress in low- and middle-income countries. *Cochrane Database Syst Rev*. 2021;8(8):CD009149. doi:10.1002/14651858.CD009149.pub3.
- 297.** Petersen I, Lund C, Bhana A, Flisher AJ. The Mental Health and Poverty Research Programme Consortium. A task shifting approach to primary mental health care for adults in South Africa: human resource requirements and costs for rural settings. *Health Policy Plan*. 2012;27(1):42–51. doi:10.1093/heapol/czr012.
- 298.** Kakuma R, Minas H, van Ginneken N, Dal Poz MR, Desiraju K, Morris JE, et al. Human resources for mental health care: current situation and strategies for action. *The Lancet*. 2011;378(9803):1654–1663. doi:10.1016/S0140-6736(11)61093-3.
- 299.** Gureje O, Hollins S, Botbol M, Javed A, Jorge M, Okech V, et al. Report of the WPA task force on brain drain. *World Psychiatry*. 2009;8(2):115–118. doi:10.1002/j.2051-5545.2009.tb00225.x.
- 300.** Atlas: Psychiatric education and training across the world. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2005 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43345>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 301.** Wondimagegn D, Pain C, Baheretibeb Y, Hodges B, Wakma M, Rose M, et al. Toronto Addis Ababa academic collaboration: a relational, partnership model for building educational capacity between a high- and low-income university. *Acad Med*. 2018;93(12):1795–1801. doi:10.1097/ACM.0000000000002352.
- 302.** Psychiatry. En: University of Toronto [página web]. Toronto: Universidad de Toronto; 2021 (<https://taaac.ca/psychiatry>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 303.** Gwaikolo WS, Kohrt BA, Cooper JL. Health system preparedness for integration of mental health services in rural Liberia. *BMC health services research*. 2017;17(1):508. doi:10.1186/s12913-017-2447-1.
- 304.** Fernando N, Suveendran T, de Silva C. Decentralizing provision of mental health care in Sri Lanka. *WHO South-East Asia J Pub Health*. 2017;6(1):18–21. doi:10.4103/2224-3151.206159.
- 305.** Spagnolo J, Lal S. Implementation and use of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): a review of the grey literature. *J Glob Health*. 2021;11:04022. doi:10.7189/jogh.11.04022.
- 306.** Enhancing mental health pre-service training with the mhGAP intervention guide: experiences and lessons learned. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333970>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 307.** mhGAP training manuals for the mhGAP Intervention Guide for mental, neurological and substance use disorders in non-specialized health settings, version 2.0. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/259161>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 308.** Keynejad R, Spagnolo J, Thornicroft G. WHO mental health gap action programme (mhGAP) intervention guide: updated systematic review on evidence and impact. *Evid Based Ment Health*. 2021;24(3):124–130. doi:10.1136/ebmental-2021-300254.
- 309.** Caulfield A, Catansever D, Lambert G, Van Bortel T. WHO guidance on mental health training: a systematic review of the progress for non-specialist health workers. *BMJ Open*. 2019;9:e024059. doi:10.1136/bmjopen-2018-024059.
- 310.** Herramientas del mhGAP para usar en la comunidad: versión de prueba sobre el terreno. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54972>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 311.** Psychological first aid: facilitator's manual for orienting field workers. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/102380>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 312.** One-to-one peer support by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329643>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 313.** Keet R, de Vetten-Mc Mahon M, Shields-Zeeman L, Ruud T, van Weeghel J, Bahler M, et al. Recovery for all in the community; position paper on principles and key elements of community-based mental health care. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):174. doi:10.1186/s12888-019-2162-z.
- 314.** Singla DR, Kohrt BA, Murray LK, Anand A, Chorpita BF, Patel V. Psychological treatments for the world: lessons from low- and middle-income countries. *Annu Rev Clin Psychol*. 2017;13:149–181. doi:10.1146/annurev-clinpsy-032816-045217.
- 315.** Kohrt BA, Schafer A, Willhoite A, van't Hof E, Pedersen GA, Watts S, et al. Ensuring Quality in Psychological Support (WHO EQUIP): developing a competent global workforce. *World Psychiatry*. 2020;19(1):115–116. doi:10.1002/wps.20704.
- 316.** Kohrt BA, Jordans MJD, Rai S, Shrestha P, Luitel NP, Ramaiya M, et al. Therapist competence in global mental health: development of the ENhancing Assessment of Common Therapeutic factors (ENACT) rating scale. *Behav Res Ther*. 2015;69:11–21. doi:10.1016/j.brat.2015.03.009.
- 317.** Organization of services for mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333104>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 318.** The optimal mix of services for mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/files/2_Optimal%20Mix%20of%20Services_Infosheet%5B1%5D.pdf, consultado el 6 de mayo del 2022).

- 319.** Adaptarse a los tiempos: un conjunto de herramientas sobre salud mental y apoyo psicosocial para adultos mayores durante la pandemia de COVID 19. En: IASC [página web]. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2021 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-07/Living%20with%20the%20Times%2C%20A%20Mental%20Health%20and%20Psychosocial%20Support%20Toolkit%20for%20Older%20Adults%20During%20the%20COVID-19%20Pandemic%20%28Spanish%29.pdf>, consultado el 19 de marzo del 2022).
- 320.** Cuijpers P, Donker T, van Straten A, Li J, Andersson G. Is guided self-help as effective as face-to-face psychotherapy for depression and anxiety disorders? A systematic review and meta-analysis of comparative outcome studies. *Psychol Med.* 2010;40(12):1943–1957. doi:10.1017/S0033291710000772.
- 321.** Person-centred recovery planning for mental health and well-being: self-help tool: WHO QualityRights. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329598>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 322.** Cronin P, Stein-Parbury J, Sommer J, Gill KH. What about value for money? A cost benefit analysis of the South Eastern Sydney Recovery and Wellbeing College. *J Ment Health.* 2021;1–8. doi:10.1080/09638237.2021.1922625.
- 323.** Crowther A, Taylor A, Toney R, Meddings S, Whale T, Jennings H, et al. The impact of recovery colleges on mental health staff, services and society. *Epidemiol Psychiatr Sci.* 2019;28(5):481–488. doi:10.1017/S204579601800063X.
- 324.** Le LK-D, Esturas AC, Mihalopoulos C, Chiotelis O, Bucholc J, Chatterton ML, et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations. *PLoS Med.* 2021;18(5):e1003606. doi:10.1371/journal.pmed.1003606.
- 325.** Friedli L. Mental health, resilience and inequalities. Copenhagen: Oficina Regional de la OMS para Europa; 2009 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/107925>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 326.** Act Belong Commit [página web]. Perth: Curtin University; 2021 (<https://www.actbelongcommit.org.au>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 327.** Anwar-McHenry J, Donovan R. Case study: Act-Belong-Commit. En: Barry MM, Clarke AM, Petersen I, Jenkins R (editors). *Implementing mental health promotion. Second edition.* Cham: Springer; 2019. doi:10.1007/978-3-030-23455-3.
- 328.** Ho FKW, Louie LHT, Wong WH, Chan KL, Tiwari A, Chow CB, et al. A sports-based youth development program, teen mental health, and physical fitness: an RCT. *Pediatrics.* 2017;140(4):e20171543. doi:10.1542/peds.2017-1543.
- 329.** Firth J, Solmi M, Wootton RE, Vancampfort D, Schuch FB, Hoare E, et al. A meta-review of “lifestyle psychiatry”: the role of exercise, smoking, diet and sleep in the prevention and treatment of mental disorders. *World Psychiatry.* 2020;19(3):360–380. doi:10.1002/wps.20773.
- 330.** Gage SH, Hickman M, Zammit S. Association between cannabis and psychosis: epidemiologic evidence. *Biol Psychiatry.* 2016;79(7):549–556. doi:10.1016/j.biopsych.2015.08.001.
- 331.** Comisión independiente de alto nivel de la OMS sobre enfermedades no transmisibles: informe final: es hora de respaldar las palabras con hechos. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/336173>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 332.** Murray RM, David AS, Ajnakina O. Prevention of psychosis: moving on from the at-risk mental state to universal primary prevention. *Psychol Med.* 2021;51(1):223–227. doi:10.1017/S003329172000313X.
- 333.** Putnam RD, Leonardi R, Nanetti RY. *Making democracy work: civic traditions in modern Italy.* Princeton: Princeton University Press; 1993.
- 334.** Forsman AK, Nordmyr J, Wahlbeck K. Psychosocial interventions for the promotion of mental health and the prevention of depression among older adults. *Health Promot Int.* 2011;26(Suppl 1):i85–i107. doi:10.1093/heapro/dar074.
- 335.** Devries K, Watts C, Yoshihama M, Kiss L, Blima Schraiber L, Deyessa N, et al. Violence against women is strongly associated with suicide attempts: evidence from the WHO multi-country study on women’s health and domestic violence against women. *Soc Sci Med.* 2011;73(1):79–86. doi:10.1016/j.socscimed.2011.05.006.
- 336.** Respeto a las mujeres: prevención de la violencia contra las mujeres. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/337198>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 337.** INSPIRE. Siete estrategias para poner fin a la violencia contra los niños y las niñas. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud and partners; 2017 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/33741>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 338.** Hawkins JD, Catalano RF, Kuklinski MR. *Communities that care.* En: Bruinsma G, Weisburd D (editores). *Encyclopedia of criminology and criminal justice.* Nueva York: Springer; 2014. doi:10.1007/978-1-4614-5690-2_581.
- 339.** Oesterle S, Kuklinski MR, Hawkins JD, Skinner ML, Guttmannova K, Rhew IC. Long-term effects of the Communities That Care trial on substance use, antisocial behavior and violence through age 21 years. *Am J Public Health.* 2018;108(5):659–665. doi:10.2105/AJPH.2018.304320.
- 340.** Prevención de los trastornos mentales: intervenciones efectivas y opciones de políticas. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2004 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78545>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 341.** McGuire J, Kaiser C, Bach-Mortensen AM. A systematic review and meta-analysis of the impact of cash transfers on subjective well-being and mental health in low- and middle-income countries. *Nat Hum Behav.* 2022. doi:10.1038/s41562-021-01252-z.
- 342.** Modini M, Joyce S, Mykletun A, Christensen H, Bryant RA, Mitchell PB, et al. The mental health benefits of employment: results of a systematic meta-review. *Australas Psychiatry.* 2016;24(4):331–336. doi:10.1177/1039856215618523.
- 343.** Puig-Barrachina V, Giró P, Artazcoz L, Bartoll X, Cortés-Franch I, Fernández A, et al. The impact of Active Labour Market Policies on health outcomes: a scoping review. *Eur J Public Health.* 2020;30(1):36–42. doi:10.1093/eurpub/ckz026.
- 344.** Thomson H, Thomas S, Sellstrom E, Petticrew M. Housing improvements for health and associated socio-economic outcomes. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013;(2):CD008657. doi:10.1002/14651858.CD008657.
- 345.** McDaid D, Forsman A, Matosevic T, Park A-L, Wahlbeck K. Independence and mental wellbeing (including social and emotional wellbeing) for older people. Review 1: what are the most effective ways to improve or protect the mental wellbeing and/or independence of older people? Londres: National Institute for Health and Care Excellence; 2015 (<https://www.nice.org.uk/guidance/ng32/evidence/evidence-review-1-review-of-effects-2242568562>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 346.** Paquete de servicios mínimos de salud mental y apoyo psicosocial [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, UNICEF, Oficina del Alto Comisionado de las Naciones Unidas para los Refugiados y Fondo de Población de las Naciones Unidas; 2022. (<https://mhpsmsp.org/es>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 347.** Cuijpers P, Pineda BS, Quero S, Karyotaki E, Struijs SY, Figueroa CA, et al. Psychological interventions to prevent the onset of depressive disorders: a meta-analysis of randomized controlled trials. *Clinical Psychology Review.* 2020;83, 101955. doi:10.1016/j.cpr.2020.101955.
- 348.** Moreno-Peral P, Conejo-Cerón S, Rubio-Valera M, Fernández A, Navas-Campaña D, Rodríguez-Morejón A, et al. Effectiveness of psychological and/or educational interventions in the prevention of anxiety: a systematic review, meta-analysis, and meta-regression. *JAMA Psychiatry.* 2017;74(10):1021–1029. doi:10.1001/jamapsychiatry.2017.2509.
- 349.** Correll CU, Galling B, Pawar A, Krivko A, Bonetto C, Ruggeri M, et al. Comparison of early intervention services vs treatment as usual for early-phase psychosis: a systematic review, meta-analysis and meta-regression. *JAMA Psychiatry.* 2018;75(6):555–565. doi:10.1001/jamapsychiatry.2018.0623.

- 350.** Aceituno D, Vera N, Prina AM, McCrone P. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2019;215(1):388–394. doi:10.1192/bjp.2018.298.
- 351.** Sediqzadah S, Portnoy A, Kim JJ, Keshavan M, Pandya A. Cost-effectiveness of early intervention in psychosis: a modeling study. *Psychiatr Serv*. 2022;appips202100161. doi:10.1176/appi.ps.202100161.
- 352.** Acarturk C, Uygun E, Ilkkursun Z, Carswell K, Tedeschi F, Batu M, et al. Effectiveness of a WHO self-help psychological intervention for preventing mental disorders among Syrian refugees in Turkey: a randomized controlled trial. *World Psychiatry*. 2022;21(1):88–95. doi:10.1002/wps.20939.
- 353.** Purgato M, Carswell K, Tedeschi F, Acarturk C, Anttila M, Au T, et al. Effectiveness of self-help plus in preventing mental disorders in refugees and asylum seekers in Western Europe: a multinational randomized controlled trial. *Psychother Psychosom*. 2021;1–12. doi:10.1159/000517504.
- 354.** Health in all policies. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013 (https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112636/9789241506908_eng.pdf, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 355.** WHO Global Health Estimates: suicide rates, 2000–2019. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mental-health/suicide-rates>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 356.** Decriminalising suicide: saving lives, reducing stigma. Londres: United for Global Mental Health; 2021 (<https://unitedgmh.org/suicide-decriminalisation>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 357.** Vivir la vida. Guía de aplicación para la prevención del suicidio en los países. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2021 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/54718>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 358.** Gunnell D, Lewis G. Studying suicide from the life course perspective: implications for prevention. *Br J Psychiatry*. 2005;187:206–208. doi:10.1192/bjp.187.3.206.
- 359.** Carroll R, Metcalfe C, Gunnell D. Hospital presenting self-harm and risk of fatal and non-fatal repetition: systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2014;9(2):e89944. doi:10.1371/journal.pone.0089944.
- 360.** Mew EJ, Padmanathan P, Konradsen F, Eddleston M, Chang S-S, Phillips MR, et al. The global burden of fatal self-poisoning with pesticides 2006–15: systematic review. *J Affect Disord*. 2017;219:93–104. doi:10.1016/j.jad.2017.05.002.
- 361.** Lee YY, Chisholm D, Eddleston M, Gunnell D, Fleischmann A, Konradsen F, et al. The cost-effectiveness of banning highly hazardous pesticides to prevent suicides due to pesticide self-ingestion across 14 countries: an economic modelling study. *Lancet Glob Health*. 2021;9(3):E291–E300. doi:10.1016/S2214-109X(20)30493-9.
- 362.** Gunnell D, Knipe D, Chang S-S, Pearson M, Konradsen F, Lee WJ, et al. Prevention of suicide with regulations aimed at restricting access to highly hazardous pesticides: a systematic review of the international evidence. *Lancet Glob Health*. 2017;5(10):e1026–e1037. doi:10.1016/S2214-109X(17)30299-1.
- 363.** Sethi A, Lin C-Y, Madhavan I, Davis M, Alexander P, Eddleston M, et al. Impact of regional bans of highly hazardous pesticides on agricultural yields: the case of Kerala. *Agric Food Security*. 2022;11:9. doi:10.1186/s40066-021-00348-z.
- 364.** World health statistics 2017: monitoring health for the SDGs, Sustainable Development Goals. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/255336>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 365.** Knipe DW, Gunnell D, Eddleston M. Preventing deaths from pesticide self-poisoning – learning from Sri Lanka’s success. *Lancet Glob Health*. 2017;5(7):e651–e652. doi:10.1016/S2214-109X(17)30208-5.
- 366.** Jeyaratnam J, de Alwis Seneviratne RS, Copplestone JF. Survey of pesticide poisoning in Sri Lanka. *Bull World Health Organ*. 1982;60(4):615–619.
- 367.** Pearson M, Zwi AB, Buckley NA, Manuweera G, Fernando R, Dawson AH, et al. Policymaking ‘under the radar’: a case study of pesticide regulation to prevent intentional poisoning in Sri Lanka. *Health Policy Plan*. 2015;30(1):56–67. doi:10.1093/heapol/czt096.
- 368.** Niederkrotenthaler T, Braun M, Pirkis J, Till B, Stack S, Sinyor M et al. Association between suicide reporting in the media and suicide: systematic review and meta-analysis. *BMJ*. 2020;368:m575. doi:10.1136/bmj.m575.
- 369.** Niederkrotenthaler T, Reidenberg DJ, Till B, Gould MS. Increasing help-seeking and referrals for individuals at risk for suicide by decreasing stigma: the role of mass media. *Am J Prev Med*. 2014;47(3 Suppl 2):S235–S243. doi:10.1016/j.amepre.2014.06.010.
- 370.** Improving early childhood development: WHO guideline. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/331306>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 371.** Directrices sobre las intervenciones de promoción y prevención en materia de salud mental destinadas a adolescentes: Estrategias para ayudar a los adolescentes a prosperar. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (publicación completa en inglés en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336864>; resumen en español en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/341147/9789240023864-spa.pdf>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 372.** Helping Adolescents Thrive toolkit: strategies to promote and protect adolescent mental health and reduce self-harm and other risk behaviours. Ginebra: Organización Mundial de la Salud and UNICEF; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341327>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 373.** Bock J, Wainstock T, Braun K, Segal M. Stress in utero: prenatal programming of brain plasticity and cognition. *Biol Psychiatry*. 2015;78(5):315–326. doi:10.1016/j.biopsych.2015.02.036.
- 374.** Turner R, Honikman S. Maternal mental health and the first 1 000 days. *South African Medical J*. 2016;106(12):1164–1167. doi:10.7196/SAMJ.2017.v106i12.12129.
- 375.** Arango C, Díaz-Caneja CM, McGorry PD, Rapoport J, Sommer IE, Vorstman JA, et al. Preventive strategies for mental health. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(7):591–604. doi:10.1016/S2215-0366(18)30057-9.
- 376.** Siegenthaler E, Munder T, Egger M. Effect of preventive interventions in mentally ill parents on the mental health of the offspring: systematic review and meta-analysis. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2012;51(1):8–17. doi:10.1016/j.jaac.2011.10.018.
- 377.** Henderson C, Dixon S, Bauer A, Knapp M, Morrell CJ, Slade P, et al. Cost-effectiveness of PoNDER health visitor training for mothers at lower risk of depression: findings on prevention of postnatal depression from a cluster-randomised controlled trial. *Psychol Med*. 2019;49:1324–34. doi:10.1017/S0033291718001940.
- 378.** Parenting for Lifelong Health: COVID-19 parenting resources. En: OMS [página web]. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://www.who.int/teams/social-determinants-of-health/parenting-for-lifelong-health/covid-19-parenting-resources>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 379.** Britto PR, Lye SJ, Proulx K, Yousafzai AK, Matthews SG, Vaivada T, et al. Nurturing care: promoting early childhood development. *Lancet*. 2017;389(10064):91–102. doi:10.1016/S0140-6736(16)31390-3.
- 380.** Hutchings J, Williams, M. Case Study: Incredible Years – disseminating the Incredible Years basic parenting programme in Wales. En: Barry MM, Clarke AM, Peterson I, Jenkins R (editores). *Implementing mental health promotion*. Cham: Springer; 2019. doi:10.1007/978-3-030-23455-3.
- 381.** Salomone E, Pacione L, Shire S, Brown FL, Reichow B, Servili C. Development of the WHO Caregiver Skills Training program for developmental disorders or delays. *Front Psychiatry*. 2019;10:769. doi:10.3389/fpsy.2019.00769.
- 382.** WHO eLearning caregiver skills training for families of children with developmental delays or disabilities. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2022 (<https://openwho.org/courses/caregiver-skills-training>, consultado el 9 de abril del 2022).

- 383.** Report of the first virtual meeting of the External Advisory Group (EAG) for the development of global standards for health promoting schools and their implementation guidance. Ginebra: Organización Mundial de la Salud & United Nations Educational Scientific and Cultural Organization; 2020 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/339614>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 384.** Mental health in schools: a manual. Cairo: Oficina Regional para el Mediterráneo Oriental; 2021 (<https://applications.emro.who.int/docs/9789290225652-eng.pdf>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 385.** Barry MM, Clarke AM, Dowling K. Promoting social and emotional well-being in schools. *Health Education*. 2017;117(5):434–451. doi:10.1108/HE-11-2016-0057.
- 386.** Greenberg MT, Domitrovich CE, Weissberg RP, Durlak JA. Social and emotional learning as a public health approach to education. *Future of Children*. 2017;27(1):13–32. doi:10.1353/foc.2017.0001.
- 387.** Teacher's guide to the Magnificent Mei and friends comic series. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341349>, consultado el 10 de abril del 2022).
- 388.** Kutcher S, Gilberds H, Morgan C, Greene R, Hamwaka K, Perkins K. Improving Malawian teachers' mental health knowledge and attitudes: an integrated school mental health literacy approach. *Glob Ment Health*. 2015;2:e1. doi:10.1017/gmh.2014.8.
- 389.** Ravindran AV, Herrera A, da Silva TL, Henderson J, Castrillo ME, Kutcher S. Evaluating the benefits of a youth mental health curriculum for students in Nicaragua: a parallel-group, controlled pilot investigation. *Glob Ment Health*. 2018;5:e4. doi:10.1017/gmh.2017.27.
- 390.** Kutcher S, Wei Y, Gilberds H, Ubuguyu O, Njau T, Brown A, et al. A school mental health literacy curriculum resource training approach: effects on Tanzanian teachers' mental health knowledge, stigma and help-seeking efficacy. *Int J Ment Health Syst*. 2016;10:50. doi:10.1186/s13033-016-0082-6.
- 391.** Biswas T, Scott JG, Munir K, Thomas HJ, Mamun Huda M, Mehedi Hasan M, et al. Global variation in the prevalence of bullying victimisation amongst adolescents: role of peer and parental supports. *E Clinical Medicine*. 2020;20:100276. doi:10.1016/j.eclinm.2020.100276.
- 392.** Smokowski PR, Kopasz KH. Bullying in school: an overview of types, effects, family characteristics, and intervention strategies. *Child Sch*. 2005;27:101–109. doi:10.1093/cs/27.2.101.
- 393.** Stephens MM, Cook-Fasano HT, Sibbaluca K. Childhood bullying: implications for physicians. *Am Fam Physician*. 2018;97(3):187–192.
- 394.** Champion J. Public mental health: evidence, practice and commissioning. Londres: Royal Society for Public Health; 2022 (<https://www.rsph.org.uk/our-work/policy/wellbeing/public-mental-health-evidence-practice-and-commissioning.html>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 395.** Gaffney H, Ttofi MM, Farrington DP. Evaluating the effectiveness of school-bullying prevention programs: an updated meta-analytical review. *Aggress Violent Behav*. 2019;45:111–133. doi:10.1016/j.avb.2018.07.001.
- 396.** Williford A, Boulton A, Noland B, Little TD, Karna A, Salmivalli C. Effects of the KiVa anti-bullying program on adolescents' depression, anxiety, and perception of peers. *J Abnorm Child Psychol*. 2012;40(2):289–300. doi:10.1007/s10802-011-9551-1.
- 397.** Kelleher I, Keeley H, Corcoran P, Ramsay H, Wasserman C, Carli V, et al. Childhood trauma and psychosis in a prospective cohort study: cause, effect, and directionality. *Am J Psychiatry*. 2013;170(7):734–741. doi:10.1176/appi.ajp.2012.12091169.
- 398.** Hermosilla S, Metzler J, Savage K, Musa M, Ager A. Child friendly spaces impact across five humanitarian settings: a meta-analysis. *BMC Public Health*. 2019;19(1):576. doi:10.1186/s12889-019-6939-2.
- 399.** Kickbusch I, Piselli D, Agrawal A, Balicer R, Banner O, Adelhardt M, et al. The Lancet and Financial Times Commission on governing health futures 2030: growing up in a digital world. *Lancet*. 2021;398(10312):1727–1776. doi:10.1016/S0140-6736(21)01824-9.
- 400.** Mi heroína eres tú: ¿Cómo pueden los niños luchar contra la COVID 19? Comité Permanente entre Organismos; 2020 (<https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2020-05/My%20Hero%20is%20You%20C%20Storybook%20for%20Children%20on%20COVID-19%20%28Spanish%29.pdf>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 401.** Mi héroe eres tú 2021: ¡Cómo las niñas y los niños pueden cultivar y compartir sentimientos de esperanza en medio de la pandemia de COVID-19! Comité Permanente entre Organismos; 2021 (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/2021-09/My%20Hero%20is%20You%202021%20C%20Storybook%20for%20Children%20on%20COVID-19%20%28Spanish%29_0.pdf, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 402.** Alonzo R, Hussain J, Stranges S, Anderson KK. Interplay between social media use, sleep quality and mental health in youth: a systematic review. *Sleep Med Rev*. 2021;56:101414. doi:10.1016/j.smrv.2020.101414.
- 403.** Keles B, McCrae N, Grealish A. A systematic review: the influence of social media on depression, anxiety and psychological distress in adolescents. *Int J Adolesc Youth*. 2019;79–93. doi:10.1080/02673843.2019.1590851.
- 404.** Khanh-Dao Le L, Cuevas Esturas A, Mihalopoulos C, Chiotelis O, Bucholc J, Chatterton ML, et al. Cost-effectiveness evidence of mental health prevention and promotion interventions: a systematic review of economic evaluations. *PLoS Med*. 2021;18(5):e1003606. doi:10.1371/journal.pmed.1003606.
- 405.** Mata DA, Ramos MA, Bansal N, Khan R, Guille C, Di Angelantonio E, et al. Prevalence of depression and depressive symptoms among resident physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA*. 2015;314(22):2373–2383. doi:10.1001/jama.2015.15845.
- 406.** Petrie K, Milligan-Saville J, Gayed A, Deady M, Phelps A, Dell L, et al. Prevalence of PTSD and common mental disorders amongst ambulance personnel: a systematic review and meta-analysis. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2018;53(9):897–909. doi:10.1007/s00127-018-1539-5.
- 407.** Duthel F, Aubert C, Pereira B, Dambrun M, Moustafa F, Mermillod M, et al. Suicide among physicians and health-care workers: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One*. 2019;14(12):e0226361. doi:10.1371/journal.pone.0226361.
- 408.** Mujeres y hombres en la economía informal: Un panorama estadístico. Tercera edición. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2018 (https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_635149/lang-es/index.htm, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 409.** Putting science to work: understanding what works for workplace mental health. Londres: Wellcome Trust; 2021 (<https://wellcome.org/reports/understanding-what-works-workplace-mental-health>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 410.** Artículo 27: Trabajo y empleo. En: Convención sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad (CDPD). Naciones Unidas (<https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-s.pdf>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 411.** Biggs D, Hovey N, Tyson PJ, MacDonald S. Employer and employment agency attitudes towards employing individuals with mental health needs. *J Mental Health*. 2010;19(6):505–516. doi:10.3109/09638237.2010.507683.
- 412.** Guidelines for the implementation of mental health workplace policies and programs for the private sector. Manila: Departamento de Trabajo y Empleo; 2020 (<https://www.dole.gov.ph/news/do-208-20-guidelines-for-the-implementation-of-mental-health-workplace-policies-and-programs-for-the-private-sector>, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 413.** Factores psicosociales en el trabajo : naturaleza, incidencia y prevención. Serie Seguridad, higiene y medicina del trabajo Núm. 56. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 1986 (https://www.ilo.org/public/libdoc/ilo/1986/86B09_301_span.pdf, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 414.** Nielsen MB, Einarsen S. Outcomes of exposure to workplace bullying: a meta-analytic review. *Work Stress*. 2012;26(4):309–332. doi:10.1080/02678373.2012.734709.

- 415.** Estrés en el Trabajo: Un reto colectivo. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2016 (https://www.ilo.org/safework/info/publications/WCMS_466549/lang-es/index.htm, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 416.** SOLVE: Integrando la promoción de la salud a las políticas de SST en el lugar de trabajo - Guía del formador. Ginebra: Organización Internacional del Trabajo; 2012 (https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---safework/documents/instructionalmaterial/wcms_203378.pdf, consultado el 28 de marzo del 2022).
- 417.** Probst TM, Gold D, Caborn J. A preliminary evaluation of SOLVE: addressing psychosocial problems at work. *J Occup Health Psychol.* 2008;13(1):32–42. doi:10.1037/1076-8998.13.1.32.
- 418.** Kröll C, Doeblner P, Nüesch S. Meta-analytic evidence of the effectiveness of stress management at work. *Eur J Work Organ Psychol.* 2017;26:677–693. doi:10.1080/1359432X.2017.1347157.
- 419.** Panagioti M, Panagopoulou E, Bower P, Lewith G, Kontopantelis E, Chew-Graham C, et al. Controlled interventions to reduce burnout in physicians: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Intern Med.* 2017;177:195–205. doi:10.1001/jamainternmed.2016.7674.
- 420.** Zafar N, Rotenberg M, Rudnick A. A systematic review of work accommodations for people with mental disorders. *Work.* 2019;64(3):461–475. doi:10.3233/WOR-193008.
- 421.** Gayed A, Milligan-Saville JS, Nicholas J, Bryan BT, LaMontagne AD, Milner A, et al. Effectiveness of training workplace managers to understand and support the mental health needs of employees: a systematic review and meta-analysis. *Occup Environ Med.* 2018;75(6):462–470. doi:10.1136/oemed-2017-104789.
- 422.** Stratton E, Lampit A, Choi I, Calvo RA, Harvey SB, Glozier N. Effectiveness of eHealth interventions for reducing mental health conditions in employees: a systematic review and meta-analysis. *PLoS One.* 2017;12(12):e0189904. doi:10.1371/journal.pone.0189904.
- 423.** Redes integrales de servicios de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56332>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 424.** Funk M, Drew N, Saraceno B, Caldas de Almeida JM, Agossou T, Wang X, et al. A framework for mental health policy, legislation and service development: addressing needs and improving services. *Harvard Health Policy Review.* 2005;6:57–69.
- 425.** Kearns M, Muldoon OT, Msetfi RM, Surgenor PWG. The impact of community-based mental health service provision on stigma and attitudes towards professional help-seeking. *J Mental Health.* 2019;28(3):289–295. doi:10.1080/09638237.2018.1521928.
- 426.** Leff J, Trieman N. Long-stay patients discharged from psychiatric hospitals: social and clinical outcomes after five years in the community. *The TAPS Project 46.* *Br J Psychiatry.* 2000;176:217–223. doi:10.1192/bjp.176.3.217.
- 427.** Marco sobre servicios de salud integrados y centrados en la persona. 69.a Asamblea Mundial de la Salud, Ginebra, 15 de abril del 2016. Punto 16.1 del orden del día provisional. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2016 (https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA69/A69_39-sp.pdf?ua=1, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 428.** Lewis-Fernández R, Kirmayer LJ. Cultural concepts of distress and psychiatric disorders: understanding symptom experience and expression in context. *Transcult Psychiatry.* 2019;56(4):786–803. doi:10.1177/1363461519861795.
- 429.** The potential benefits of integrated people-centred health services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 ([https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-\(ihs\)/csy/ipchs/ipchsbenefits.pdf](https://cdn.who.int/media/docs/default-source/integrated-health-services-(ihs)/csy/ipchs/ipchsbenefits.pdf), consultado el 29 de marzo del 2022).
- 430.** Recovery practices for mental health and well-being: WHO QualityRights specialized training: course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329602>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 431.** Anthony WA. Recovery from mental illness: the guiding vision of the mental health service system in the 1990s. *Psychosoc Rehab J.* 1993;16(4):11–23. doi:10.1037/h0095655.
- 432.** Recovery and the right to health: WHO QualityRights core training: mental health and social services: course slides. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329652>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 433.** Mueser KT, Corrigan PW, Hilton DW, Tanzman B, Schaub A, Gingerich S, et al. Illness management and recovery: a review of the research. *Psychiatr Serv.* 2002;53(10):1272–1284. doi:10.1176/appi.ps.53.10.1272.
- 434.** Lean M, Fornells-Ambrojo M, Milton A, Lloyd-Evans B, Harrison-Steward B, Yesufu-Udechuku A, et al. Self-management interventions for people with severe mental illness: systematic review and meta-analysis. *Br J Psychiatry.* 2019;214(5):260–268. doi:10.1192/bjp.2019.54.
- 435.** Strategies to end seclusion and restraint: WHO QualityRights Specialized training: course guide. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329605>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 436.** Caldas de Almeida JM, Mateus P, Tomé G. Joint action on mental health and well-being: towards community-based and socially inclusive mental health care. Lisboa: The Joint Action for Mental Health and Wellbeing; 2015 (https://ec.europa.eu/health/sites/default/files/mental_health/docs/2017_towardsmhcare_en.pdf, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 437.** Thornicroft G, Tansella M. The balanced care model for global mental health. *Psychol Med.* 2013;43(4):849–863. doi:10.1017/S003291712001420.
- 438.** Servicios de salud mental de apoyo entre pares: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56403>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 439.** Nortje G, Oladeji B, Gureje O, Seedat S. Effectiveness of traditional healers in treating mental disorders: a systematic review. *Lancet Psychiatry.* 2016;3(2):154–170. doi:10.1016/S2215-0366(15)00515-5.
- 440.** Like a death sentence: abuses against persons with mental disabilities in Ghana. Nueva York: Human Rights Watch; 2012 (<https://www.hrw.org/sites/default/files/reports/ghana1012webwcover.pdf>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 441.** Van der Watt ASJ, van de Water T, Nortje G, Oladeji BD, Seedat S, Gureje O, et al. The perceived effectiveness of traditional and faith healing in the treatment of mental illness: a systematic review of qualitative studies. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol.* 2018;53(6):555–566. doi:10.1007/s00127-018-1519-9.
- 442.** Gureje O, Appiah-Poku J, Bello T, Kola L, Araya R, Chisholm D, et al. Effect of collaborative care between traditional and faith healers and primary health-care workers on psychosis outcomes in Nigeria and Ghana (COSIMPO): a cluster randomised controlled trial. *Lancet.* 2020;396(10251):612–622. doi:10.1016/S0140-6736(20)30634-6.
- 443.** Planning and budgeting to deliver services for mental health. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2003 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/333115>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 444.** Organización Mundial de la Salud. World Health Organization Assessment Instrument For Mental Health Systems. 2005.
- 445.** Hanlon C, Fekadu A, Jordans M, Kigozi F, Petersen I, Shidhaye R, et al. District mental healthcare plans for five low-and middle-income countries: commonalities, variations and evidence gaps. *Br J Psychiatry.* 2016;208(S56):S47–S54. doi:10.1192/bjp.bp.114.153767.
- 446.** Together on the road to universal health coverage: a call to action. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2017 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/258962>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 447.** OMS y Fundação Calouste Gulbenkian. Innovation in deinstitutionalization: a WHO expert survey. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2014 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112829>, consultado el 29 de marzo del 2022).

- 448.** Freeman MC. Global lessons for deinstitutionalisation from the ill-fated transfer of mental health-care users in Gauteng, South Africa. *Lancet Psychiatry*. 2018;5(9):765–768. doi:10.1016/S2215-0366(18)30211-6.
- 449.** Knapp M, Beecham J, McDaid D, Matosevic T, Smith M. The economic consequences of deinstitutionalisation of mental health services: lessons from a systematic review of European experience. *Health Soc Care Community*. 2011;19(2):113–125. doi:10.1111/j.1365-2524.2010.00969.x.
- 450.** Winkler P, Barrett B, McCrone P, Csémy L, Janoušková M, Höschl C. Deinstitutionalised patients, homelessness and imprisonment: systematic review. *Br J Psychiatry*. 2016;208(5):421–428. doi:10.1192/bjp.bp.114.161943.
- 451.** Clifford P, Charman A, Webb Y, Craig TJ, Cowan D. Planning for community care: the Community Placement Questionnaire. *Br J Clin Psychol*. 1991;30(3):193–211. doi:10.1111/j.2044-8260.1991.tb00938.x.
- 452.** Lociks de Araújo, C. Mental health system reform in Brazil. Brasília: Ministerio de Salud; 2016 (https://www.mhinnovation.net/sites/default/files/downloads/innovation/reports/Brazil_Policy%20Brief_Final.pdf, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 453.** Ministério da Saúde divulga resultados preliminares de pesquisa sobre saúde mental na pandemia. En: Governo do Brasil/ Notícias [página web]. Brasília: Ministerio de Salud; 2020 (<https://www.gov.br/pt-br/noticias/saude-e-vigilancia-sanitaria/2020/01/investimento-em-saude-mental-cresceu-quase-200>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 454.** Barbu C, Papola D, Saraceno B. Forty years without mental hospitals in Italy. *Int J Mental Health Sys*. 2018;12(43). doi:10.1186/s13033-018-0223-1.
- 455.** Mezzina R. Forty years of the Law 180: the aspirations of a great reform, its successes and continuing need. *Epidemiol Psychiatr Sci*. 2018;27(4):336–345. doi:10.1017/S2045796018000070.
- 456.** Mezzina R. Community mental health care in Trieste and beyond: an "open door-no restraint" system of care for recovery and citizenship. *J Nerv Ment Dis*. 2014;202(6):440–445. doi:10.1097/NMD.000000000000142.
- 457.** I servizi di salute mentale territoriali dell'ASUI di Trieste, anno 2018. Trieste: Departamento de Salud Mental; 2019.
- 458.** Monitoreo de los procesos de atención y adecuación y adecuación de los hospitales neuropsiquiátricos públicos de la Provincia de Buenos Aires. Informe año 2021. Buenos Aires: Ministerio de Salud; 2021.
- 459.** Our Results: stopping the depression epidemic in Africa. En: StrongMinds [página web]. Lusaka: StrongMinds; 2022 (<https://strongminds.org/our-impact/>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 460.** Bolton P, Bass J, Neugebauer R, Verdeli H, Clougherty KF, Wickramaratne P, et al. Group interpersonal psychotherapy for depression in rural Uganda: a randomized controlled trial. *JAMA*. 2003;289(23):3117–3124. doi:10.1001/jama.289.23.3117.
- 461.** Hamdani SU, Huma Z-E, Masood A, Zhou K, Ahmed Z, Nazier H, et al. Effect of adding a psychological intervention to routine care of common mental disorders in a specialized mental healthcare facility in Pakistan: a randomized controlled trial. *Int J Ment Health Syst*. 2021;15(1):11. doi:10.1186/s13033-020-00434-y.
- 462.** Petersen I, Bhana A, Fairal L, Selohilwe O, Kathree T, Baron EC, et al. Evaluation of a collaborative care model for integrated primary care of common mental disorders comorbid with chronic conditions in South Africa. *BMC Psychiatry*. 2019;19(1):107. doi:10.1186/s12888-019-2081-z.
- 463.** Joag K, Shields-Zeeman L, Kapadia-Kundu N, Kawade R, Balaji M, Pathare S. Feasibility and acceptability of a novel community-based mental health intervention delivered by community volunteers in Maharashtra, India: the Atmiyata programme. 2020;20(1):48. doi:10.1186/s12888-020-2466-z.
- 464.** Servicios de salud mental de alcance comunitario: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56408>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 465.** Bogdanov S, Augustinavicius J, Bass JK, Metz K, Skavenski S, Singh NS et al. A randomized-controlled trial of community-based transdiagnostic psychotherapy for veterans and internally displaced persons in Ukraine. *Glob Ment Health (Camb)*. 2021;8:e32. doi:10.1017/gmh.2021.27.
- 466.** Bolton P, Lee C, Haroz EE, Murray L, Dorsey S, Robinson C, et al. A transdiagnostic community-based mental health treatment for comorbid disorders: development and outcomes of a randomized controlled trial among Burmese refugees in Thailand. *PLoS Med*. 2014;11(11):e1001757. doi:10.1371/journal.pmed.1001757.
- 467.** Chibanda D, Weiss HA, Verhey R, Simms V, Munjoma R, Rusakaniko S, et al. Effect of a primary care-based psychological intervention on symptoms of common mental disorders in Zimbabwe: a randomized clinical trial. *JAMA*. 2016;316(24):2618–2626. doi:10.1001/jama.2016.19102.
- 468.** Wallén A, Eberhard S, Landgren K. The experiences of counsellors offering problem-solving therapy for common mental health issues at the youth friendship bench in Zimbabwe. *Issues Ment Health Nurs*. 2021;1–18. doi:10.1080/01612840.2021.1879977.
- 469.** Wakefield S, Kellett S, Simmonds-Buckley M, Stockton D, Bradbury A, Delgadillo J. Improving Access to Psychological Therapies (IAPT) in the United Kingdom: a systematic review and meta-analysis of 10 years of practice-based evidence. *Br J Clin Psychol*. 2021;60(1):1–37. doi:10.1111/bjc.12259.
- 470.** Gualano MR, Bert F, Martorana M, Voglino G, Andriolo V, Thomas R, et al. The long-term effects of bibliotherapy in depression treatment: systematic review of randomized clinical trials. *Clin Psychol Rev*. 2017;58:49–58. doi:10.1016/j.cpr.2017.09.006.
- 471.** Cuijpers P, Noma H, Karyotaki E, Cipriani A, Furukawa T. Effectiveness and acceptability of cognitive behavior therapy delivery formats in adults with depression: a network meta-analysis. *JAMA Psychiatry*. 2019;76:700–707. doi:10.1001/jamapsychiatry.2019.0268.
- 472.** Cuijpers P, Heim E, Abi Ramia J, Burchert S, Carswell K, Cornelisz I, et al. Effects of a WHO guided digital health intervention for depression in Syrian refugees in Lebanon: a randomized controlled trial. *PLoS Med* [en imprenta].
- 473.** Integrating mental health into primary care: a global perspective. Ginebra: Organización Mundial de la Salud and World Organization of Family Doctors; 2008 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/43935>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 474.** Atención primaria de salud: informe de la Conferencia Internacional sobre Atención Primaria de Salud, Alma-Ata, URSS, 6-12 de septiembre de 1978. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1978 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/39244>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 475.** Coates D, Coppleson D, Schmied V. Integrated physical and mental healthcare: an overview of models and their evaluation findings. *Int J Evid Based Healthc*. 2020;18(1):38–57. doi:10.1097/XEB.0000000000000215.
- 476.** Cubillos L, Bartels SM, Torrey WC, Naslund J, Uribe-Restrepo JM, Gaviola C, et al. The effectiveness and cost-effectiveness of integrating mental health services in primary care in low- and middle-income countries: systematic review. *B J Psych Bull*. 2021;45(1):40–52. doi:10.1192/bjb.2020.35.
- 477.** Heath B, Wise Romero P, Reynolds K. A standard framework for levels of integrated healthcare. Washington, DC: SAMHSA-HRSA Center for Integrated Health Solutions; 2013 (<https://www.pcpc.org/resource/standard-framework-levels-integrated-healthcare>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 478.** Patel V, Chisholm D, Parikh R, Charlson FJ, Degenhardt L, Dua T, et al. Addressing the burden of mental, neurological, and substance use disorders: key messages from Disease Control Priorities, third edition. *Lancet*. 2016;387(10028):1672–1685. doi:10.1016/S0140-6736(15)00390-6.
- 479.** Wakida EK, Talib ZM, Akena D Okello ES, Kinengyere K, Mindra A, et al. Barriers and facilitators to the integration of mental health services into primary health care: a systematic review. *Syst Rev*. 2018;7:211. doi:10.1186/s13643-018-0882-7.

- 480.** Smith AK. The integration of mental health care in rural Iran. *Iranian Studies*. 2020; 53(1–2):93–111. doi:10.1080/00210862.2019.1670625.
- 481.** Guía de intervención humanitaria mhGAP (GIH-mhGAP). El manejo clínico de los trastornos mentales neurológicos y por uso de sustancias en las emergencias humanitarias. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2016 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/28418>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 482.** Stories of change in four countries: building capacity for integrating mental health care. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/349939>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 483.** Luitel NP, Breuer E, Adhikari A, Kohrt BA, Lund C, Komproe IH, et al. Process evaluation of a district mental healthcare plan in Nepal: a mixed-methods case study. *BJPsych Open*. 2020;6(4):e77. doi:10.1192/bjo.2020.60.
- 484.** Kahiloğulları AK, Alataş E, Ertugrul F, Malaj A. Responding to mental health needs of Syrian refugees in Turkey: mhGAP training impact assessment. *Int J Ment Health Syst*. 2020;14(1):84. doi:10.1186/s13033-020-00416-0.
- 485.** Ünützer J, Carlo AD, Collins PY. Leveraging collaborative care to improve access to mental health care on a global scale. *World Psychiatry*. 2020;19(1):36–37. doi:10.1002/wps.20696.
- 486.** Ali MK, Chwastiak L, Poongothai S, Emmert-Fees KMF, Patel SA, Mohan Anjana R, et al. Effect of a collaborative care model on depressive symptoms and glycated hemoglobin, blood pressure, and serum cholesterol among patients with depression and diabetes in India: the INDEPENDENT randomized clinical trial. *JAMA*. 2020. 18;324(7):651–662. doi:10.1001/jama.2020.11747.
- 487.** Rimal P, Choudhury N, Agrawal P, Basnet M, Bohara B, Citrin D, et al. Collaborative care model for depression in rural Nepal: a mixed methods implementation research study. *BMJ Open*. 2021;11:e048481. doi:10.1136/bmjopen-2020-048481.
- 488.** Araya R, Flynn T, Rojas G, Fritsch R, Simon G. Cost-effectiveness of a primary care treatment program for depression in low-income women in Santiago, Chile. *Am J Psychiatry*. 2006;163(8):1379–1387. doi:10.1176/ajp.2006.163.8.1379.
- 489.** Chuah FLH, Haldane VE, Cervero-Licerias F, Ong SE, Sigfrid LA, Murphy G, et al. Interventions and approaches to integrating HIV and mental health services: a systematic review. *Health Policy Plan*. 2017;32(Suppl4):iv27–iv47. doi:10.1093/heapol/czw169.
- 490.** Simas TAM, Flynn MP, Kroll-Desrosiers AR, Carvalho SM, Levin LL, Beibel K, et al. A systematic review of integrated care interventions addressing perinatal depression care in ambulatory obstetric care settings. *Clin Obstet Gynecol*. 2018;61(3):573–590. doi:10.1097/GRF.0000000000000360.
- 491.** Estrategia mundial contra el sida 2021-2026: Acabar con las desigualdades. Acabar con el sida. Ginebra: ONUSIDA; 2021 (<https://www.unaids.org/es/resources/documents/2021/2021-2026-global-AIDS-strategy>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 492.** Nakimul-Mpungu E, Musisi S, Wamala K, Okello J, Ndyabangi S, Birungi J, et al. Effectiveness and cost-effectiveness of group support psychotherapy delivered by trained lay health workers for depression treatment among people with HIV in Uganda: a cluster-randomised trial. *Lancet Glob Health*. 2020;8(3):E387–E398. doi:10.1016/S2214-109X(19)30548-0.
- 493.** Pasha A, Siddiqui H, Ali S, Brooks MB, Maqbool NR, Khan AJ. Impact of integrating mental health services within existing tuberculosis treatment facilities. *J Med Access*. 2021;5. doi:10.1177/23992026211011314.
- 494.** Bending the curve: the impact of integrating mental health services on HIV and TB outcomes. Londres: United for Global Mental Health; 2021 (<https://unitedgmh.org/bending-curve-hiv>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 495.** Mahomed OH, Asmall S, Freeman M. An integrated chronic disease management model: a diagonal approach to health system strengthening in South Africa. *J Health Care Poor Underserved*. 2014;25(4):1723–1729. doi:10.1353/hpu.2014.0176.
- 496.** Carbone NB, Njala J, Jackson DJ, Eliya MT, Chilangwa C, Tseka J, et al. "I would love if there was a young woman to encourage us, to ease our anxiety which we would have if we were alone": adapting the Mothers2Mothers Mentor Mother Model for adolescent mothers living with HIV in Malawi. *PLoS One*. 2019;14(6):e02176. doi:10.1371/journal.pone.0217693.
- 497.** Burger M, Hoosain M, Einspieler C, Unger M, Niehaus D. Maternal perinatal mental health and infant and toddler neurodevelopment – evidence from low and middle-income countries. A systematic review. *J Affect Disord*. 2020;268:158–72. doi:10.1016/j.jad.2020.03.023.
- 498.** Morrell CJ, Slade P, Warner R, Paley G, Dixon S, Walters SJ, et al. Clinical effectiveness of health visitor training in psychologically informed approaches for depression in postnatal women: pragmatic cluster randomised trial in primary care. *BMJ*. 2009;338:a3045. doi:10.1136/bmj.a3045.
- 499.** Nakku JEM, Nalwadda O, Garman E, Honikman S, Hanlon C, Kigozi F, et al. Group problem solving therapy for perinatal depression in primary health care settings in rural Uganda: an intervention cohort study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2021;21(1):584. doi:10.1186/s12884-021-04043-6.
- 500.** Servicios de salud mental hospitalarios: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56331>, 29 de marzo del 2022).
- 501.** Plan Nacional de Salud Mental: República Dominicana 2019–2022. Santo Domingo: Ministerio de Salud Pública; 2019 (<https://repositorio.msp.gov.do/handle/123456789/1660>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 502.** Centros de Salud Mental Comunitaria (CSMC) En: Ministerio de Salud de Perú [página web]. Lima: Ministerio de Salud de Perú; 2017 (<http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4499.pdf>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 503.** Centros de salud mental comunitarios: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56285>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 504.** Singh SP, Javed A. Early intervention in psychosis in low- and middle-income countries: a WPA initiative. *World Psychiatry*. 2020;19(1):122–122. doi:10.1002/wps.20708.
- 505.** A global framework for youth mental health: investing in future mental capital for individuals, communities and economies. Ginebra: Foro Económico Mundial; 2020 (<https://www.orygen.org.au/About/Orygen-Global/Files/Orygen-WEF-global-framework-for-youth-mental-health.aspx>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 506.** Early Psychosis Prevention & Intervention Centre (EPPIC). En: Orygen Youth Health [página web]. Melbourne: Orygen Youth Health; 2021 (<https://oyh.org.au/our-services/clinical-program/continuing-care-teams/eppic-early-psychosis-prevention-intervention>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 507.** Malone D, Marriott SVL, Newton-Howes G, Simmonds S, Tyrer P. Community mental health teams (CMHTs) for people with severe mental illnesses and disordered personality. *Cochrane Database Syst Rev*. 2007;3:CD000270. doi:10.1002/14651858.CD000270.pub2.
- 508.** Thorning H, Dixon L. Forty-five years later: the challenge of optimizing assertive community treatment. *Curr Opin Psychiatry*. 2020;33(4):397–406. doi:10.1097/YCO.0000000000000615.
- 509.** Peer support groups by and for people with lived experience: WHO QualityRights guidance module: module slides. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2019 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/329644>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 510.** Mental health helplines and resources [página web]. Kuala Lumpur: AIA Malaysia; 2021 (<https://www.aia.com.my/en/what-matters/seeotheotherside/mental-health-helpline-resources.html>, consultado el 29 de marzo del 2022).

- 511.** Kaos J. COVID-19: Health Ministry's support hotline receives over 100,000 calls seeking counselling. *The Star*. 25 June 2021 (<https://www.thestar.com.my/news/nation/2021/06/25/covid-19-health-ministries-support-hotline-receives-over-100000-calls-seeking-counselling>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 512.** Zhou W, Ouyang F, Nergui OE, Bangura JB, Acheampong K, Massey IY, et al. Child and adolescent mental health policy in low and middle-income countries: challenges and lessons for policy development and implementation. *Front Psychiatry*. 2020;11:150. doi:10.3389/fpsy.2020.00150.
- 513.** Headspace [página web]. Melbourne y Copenhague: Headspace; 2022 (<https://headspace.org.au/y> y <https://headspace.dk/en>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 514.** Rickwood D, Paraskakis M, Quin D, Hobbs N, Ryall V, Trethowan J, et al. Australia's innovation in youth mental health care: the headspace centre model. *Early Interv Psychiatry*. 2019;13(1):159–166. doi:10.1111/eip.12740.
- 515.** Parikh SV, Taubman DS, Antoun C, Cranford J, Foster CE, Grambeau M, et al. The Michigan peer-to-peer depression awareness program: school-based prevention to address depression among teens. *Psychiatr Serv*. 2018;69(4):487–491. doi:10.1176/appi.ps.201700101.
- 516.** Peer support groups. En: USP Kenya [página web]. Nairobi: Users and Survivors of Psychiatry Kenya; 2022 (<https://web.archive.org/web/20220120132547/https://www.uspkenya.org/peer-support-groups/>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 517.** Psychosocial rehabilitation: a consensus statement. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 1996 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/60630>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 518.** Rehabilitación basada en la comunidad: guías para la RBC. Ginebra: Organización Mundial de la Salud, UNESCO, Organización Internacional del Trabajo y Consorcio Internacional de Discapacidad y Desarrollo; 2010 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/44809>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 519.** McKay C, Nugent KL, Johnsen M, Eaton WW, Lidz CW. A systematic review of evidence for the clubhouse model of psychosocial rehabilitation. *Adm Policy Ment Health*. 2018;45:28–47. doi:10.1007/s10488-016-0760-3.
- 520.** Pardi J, Willis M. How young adults in London experience the clubhouse model of mental health recovery: a thematic analysis. *J Psychosoc Rehabil Ment Health*. 2018;5:169–182. doi:10.1007/s40737-018-0124-2.
- 521.** Chatterjee S, Patel V, Chatterjee A, Weiss HA. Evaluation of a community-based rehabilitation model for chronic schizophrenia in rural India. *Br J Psychiatry*. 2003;182(1):57–62. doi:10.1192/bjp.182.1.57.
- 522.** Chatterjee S, Pillai A, Jain S, Cohen A, Patel V. Outcomes of people with psychotic disorders in a community-based rehabilitation programme in rural India. *Br J Psychiatry*. 2009;195(5):433–439. doi:10.1192/bjp.bp.108.057596.
- 523.** Guerrero AVP, Bessoni EA, Cardoso AJC, Vaz BC, Braga-Campos FC, Badaró MIM. De Volta para Casa programme (Back Home programme) in its beneficiaries' daily lives. *Saúde Soc São Paulo*. 2019;28(3):11–20. doi:10.1590/S0104-12902019190435.
- 524.** Personal health budgets for mental health. En: National Health Service [página web]. Londres: National Health Service; 2022 (<https://www.england.nhs.uk/personal-health-budgets/personal-health-budgets-for-mental-health/>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 525.** Sivakumar T, Thirhalli J, Gangadhar BN. Rehabilitation of long-stay patients in state mental hospitals: role for social welfare sector. *Indian J Psychiatry*. 2020;62(2):202–206. doi:10.4103/psychiatry.IndianJPsychiatry_332_19.
- 526.** Fakhoury W, Priebe S. Deinstitutionalization and reinstitutionalization: major changes in the provision of mental healthcare. *Psychiatry*. 2007;6(8):313–316. doi:10.1016/j.mppsy.2007.05.008.
- 527.** Asistencia a la vida cotidiana en materia de salud mental: promover los enfoques centrados en las personas y basados en los derechos. Washington, DC: Organización Panamericana de la Salud; 2022 (<https://iris.paho.org/handle/10665.2/56402>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 528.** Delivering support in Housing First. En: Housing First Europe Hub [página web]. Bruselas: Housing First Europe Hub; 2022 (<https://web.archive.org/web/20220117094845/https://housingfirsteurope.eu/guide/delivering-support-housing-first/>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 529.** Baxter AJ, Tweed EJ, Vittal Katikireddi S, Thomson H. Effects of Housing First approaches on health and well-being of adults who are homeless or at risk of homelessness: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *J Epidemiol Community Health*. 2019;73(5):379–387. doi:10.1136/jech-2018-210981.
- 530.** Woodhall-Melnik JR, Dunn JR. A systematic review of outcomes associated with participation in Housing First programs. *Housing Studies*. 2016;31(3):287–304. doi:10.1080/02673037.2015.1080816.
- 531.** Becker KD, Brandt NE, Stephan SH, Chorpita BF. A review of educational outcomes in the children's mental health treatment literature. *Adv School Ment Health Promotion*. 2014;7(1):5–23. doi:10.1080/1754730X.2013.851980.
- 532.** Kase C, Hoover S, Boyd G, West KD, Dubenitz J, Trivedi PA, et al. Educational outcomes associated with school behavioral health interventions: a review of the literature. *J Sch Health*. 2017;87(7):554–562. doi:10.1111/josh.12524.
- 533.** WHO guideline on school health services. Ginebra: Organización Mundial de la Salud and UNESCO; 2021 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/341910>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 534.** Lim CG, Loh H, Renjan V, Tan J. Child community mental health services in Asia Pacific and Singapore's REACH model. *Brain Sci*. 2017;7(10):126. doi:10.3390/brainsci7100126.
- 535.** Baranyi G, Scholl C, Fazel S, Patel V, Priebe S, Mundt AP. Severe mental illness and substance use disorders in prisoners in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis of prevalence studies. *Lancet Glob Health*. 2019;7(4):e461–e471. doi:10.1016/S2214-109X(18)30539-4.
- 536.** Informe del Relator Especial sobre el derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental (documento A/HRC/32/32). En: 32.º período de sesiones del Consejo de Derechos Humanos y Tema 3 de la Agenda. Promoción y protección de todos los derechos humanos, civiles, políticos, económicos, sociales y culturales, incluido el derecho al desarrollo. Nueva York: Asamblea General de Naciones Unidas; 2016 (<https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/G16/067/56/PDF/G1606756.pdf?OpenElement>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 537.** Our hearts have gone dark: the mental health impact of South Sudan's conflict. Londres: Amnistía Internacional; 2016 (<https://www.amnesty.org/en/wp-content/uploads/2021/05/AFR6532032016ENGLISH.pdf>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 538.** Sampson S, Edworthy R, Völlm B, Bulten E. Long-term forensic mental health services: an exploratory comparison of 18 European countries. *Int J Forensic Ment Health*. 2016;15(4):1–19. doi:10.1080/14999013.2016.1221484.
- 539.** Gureje O, Abdulmalik J. Severe mental disorders among prisoners in low-income and middle-income countries: reaching the difficult to reach. *Lancet Glob Health*. 2019;7(4):e392–e393. doi:10.1016/S2214-109X(19)30057-9.
- 540.** Paquete de servicios esenciales para mujeres y niñas que sufren violencia. Módulo 4: servicios sociales. Nueva York: United Nations Population Fund; 2015 (<https://www.unfpa.org/sites/default/files/resource-pdf/Essential-Services-Package-Module-4-es.pdf>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 541.** Guía del IASC sobre Salud Mental y Apoyo Psicosocial en Emergencias Humanitarias y Catástrofes. Ginebra: Comité Permanente entre Organismos; 2007 (https://interagencystandingcommittee.org/system/files/iasc_guidelines_mhpps_spanish.pdf, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 542.** El Manual Esfera: Carta Humanitaria y normas mínimas para la respuesta humanitaria. Cuarta edición. Ginebra: Sphere Association; 2018 (<https://www.spherestandards.org/wp-content/uploads/El-manual-Esfera-2018-ES.pdf>, consultado el 29 de marzo del 2022).

- 543.** El desarrollo del niño en la primera infancia y la discapacidad: un documento de debate. Ginebra: Organización Mundial de la Salud y UNICEF; 2013 (<https://apps.who.int/iris/handle/10665/78590>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 544.** Hale DR, Bevilacqua L, Viner RM. Adolescent health and adult education and employment: a systematic review. *Pediatrics* 2015;136(1):128–140. doi:10.1542/peds.2014-2105.
- 545.** Ringeisen H, Langer Ellison M, Ryder-Burge A, Biebel K, Alikhan S, Jones E. Supported education for individuals with psychiatric disabilities: state of the practice and policy implications. *Psychiatr Rehabil J*. 2017;40(2):197–206. doi:10.1037/prj0000233.
- 546.** Thornicroft G, Brohan E, Rose D, Sartorius N, Leese M. Global pattern of experienced and anticipated discrimination against people with schizophrenia: a cross-sectional survey. *Lancet*. 2009;373(9661):408–415. doi:10.1016/S0140-6736(08)61817-6.
- 547.** Crowther RE, Marshall M, Bond GR, Huxley P. Helping people with severe mental illness to obtain work: systematic review. *BMJ*. 2001;322(7280):204–208. doi:10.1136/bmj.322.7280.204.
- 548.** Community Recovery Achieved Through Entrepreneurism (CREATE). En: Grand Challenges Canada/Innovations [página web]. Toronto: Grand Challenges Canada; 2016 (<https://www.grandchallenges.ca/grantee-stars/0641-01-10/>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 549.** Cohen A, Raja S, Underhill C, Yaro BP, Dokurugu AY, de Silva M, et al. Sitting with others: mental health self-help groups in northern Ghana. *Int J Ment Health Syst*. 2012;6(1):1. doi:10.1186/1752-4458-6-1.
- 550.** Galloway A, Boland B, Williams G. Mental health problems, benefits and tackling discrimination. *BJPsych Bull*. 2018;42(5):200–205. doi:10.1192/bjb.2018.43.
- 551.** Pybus K, Pickett KE, Prady SL, Lloyd C, Wilkinson R. Discrediting experiences: outcomes of eligibility assessments for claimants with psychiatric compared with non-psychiatric conditions transferring to personal independence payments in England. *BJPsych Open*. 2019;5(E19):1–5. doi:10.1192/bjo.2019.3.
- 552.** The benefits assault course: making the UK benefits system more accessible for people with mental health problems. Londres: Money and Mental Health Policy Institute; 2019 (<https://www.moneyandmentalhealth.org/publications/benefits>, consultado el 29 de marzo del 2022).
- 553.** Senior SL, Caan W, Gamsu M. Welfare and well-being: towards mental health-promoting welfare systems. *Br J Psychiatry*. 2020;216(1):4–5. doi:10.1192/bjp.2019.242.
- 554.** Lund C, De Silva M, Plagerson S, Cooper S, Chisholm D, Das J, et al. Poverty and mental disorders: breaking the cycle in low-income and middle-income countries. *Lancet*. 2011;378(9801):1502–1514. doi:10.1016/S0140-6736(11)60754-X.
- 555.** McGuire J, Kaiser C, Bach-Mortensen AM. A systematic review and meta-analysis of the impact of cash transfers on subjective wellbeing and mental health in low- and middle-income countries. *Nat Hum Behav*. 2022;6(3):359–370. doi:10.1038/s41562-021-01252-z.
- 556.** Zimmerman A, Garman E, Avendano-Pabom M, Araya R, Lacko S, McDaid D, et al. The impact of cash transfers on mental health in children and young people in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *BMJ Glob Health*. 2021;6(4):e004661. doi:10.1136/bmjgh-2020-004661.
- 557.** Fernald LCH, Gertler PJ, Neufeld LM. Role of cash in conditional cash transfer programmes for child health, growth, and development: an analysis of Mexico's Oportunidades. *Lancet*. 2008;371:828–837. doi:10.1016/S0140-6736(08)60382-7.
- 558.** Webber M, Treacy S, Carr S, Clark M, Parker G. The effectiveness of personal budgets for people with mental health problems: a systematic review. *J Ment Health*. 2014;23(3):146–155. doi: 10.3109/09638237.2014.910642.
- 559.** Ljungqvist I, Topor A, Forssell H, Svensson I, Davidson L. Money and mental illness: a study of the relationship between poverty and serious psychological problems. *Community Ment Health J*. 2015;52:842–850. doi:10.1007/s10597-015-9950-9.
- 560.** Oliveira Alves FJ, Borges Machado D, Barreto ML. Effect of the Brazilian cash transfer programme on suicide rates: a longitudinal analysis of the Brazilian municipalities. *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol*. 2019;54(5):599–606. doi:10.1007/s00127-018-1627-6.
- 561.** Angeles G, de Hoop J, Handa S, Kilburn K, Milazzo A, Peterman A. Government of Malawi's unconditional cash transfer improves youth mental health. *Social Science & Medicine*. 2019;225:108–119. doi:10.1016/j.socscimed.2019.01.037.
- 562.** Kilburn K, Thirumurthy H, Halpern CT, Pettifor A, Handa S. Effects of a large-scale unconditional cash transfer program on mental health outcomes of young people in Kenya. *Adolesc Health*. 2016;58(2):223–229. doi:10.1016/j.jadohealth.2015.09.023.
- 563.** Powell-Jackson T, Pereira SK, Dutt V, Tougher S, Haldar K, Kumar P. Cash transfers, maternal depression and emotional well-being: Quasi-experimental evidence from India's Janani Suraksha Yojana programme. *Soc Sci Med*. 2016;162:210–218. doi:10.1016/j.socscimed.2016.06.034.

CREDITO FOTOS

1. Portada: iStock.com / Vardhan. **Página XI:** iStock.com / kupicoo. **Página 1:** Unsplash / Bennett Tobias. **Página 4:** iStock.com / rupaghosh. **Página 9:** iStock.com / FG Trade. **Página 17:** WHO / A Bhatiasevi. **Página 28:** WHO / Cheppel Volodymyr. **Página 29:** WHO Country Office Syria. **Página 37:** iStock.com / zms. **Página 41:** Adobe Stock / littlewolf1989. **Página 44:** Adobe Stock / lalalululala. **Página 68:** Médecins Sans Frontières / Giulio Rimondi. **Página 73:** Adobe Stock / icsnaps. **Página 78:** WHO / NOOR / Sebastian Liste. **Página 82:** WHO / Tatiana Almeida. **Página 99:** WHO / Blink Media - Daiana Valencia. **Página 107:** iStock.com / FG Trade. **Página 110:** iStock.com / Halfpoint. **Página 116:** WHO / Yoshi Shimizu. **Página 136:** iStock.com / GIACOMO MORINI. **Página 153:** WHO Country Office Syria. **Página 155:** Adobe Stock / Art_Photo. **Página 171:** WHO / Karen Reidy. **Página 176:** iStock.com / Edwin Tan. **Página 184:** iStock.com / FatCamera. **Página 188:** WHO Country Office Ukraine. **Página 194:** istock.com / Hispanolistic. **Página 197:** Adobe Stock / dundanim. **Página 213:** Getty Image / Hindustan Times / Contributor. **Página 217:** Adobe Stock / Rawpixel.com. **Página 218:** StrongMinds. **Página 225:** WHO / Jonathan Perugia. **Página 233:** istock.com / FG Trade. **Página 235:** WHO / NOOR / Sebastian Liste. **Página 238:** WHO / Conor Ashleigh. **Página 241:** WHO / Agata Grzybowska / RATS Agency. **Página 246:** WHO / Alison Brunier. **Página 249:** WHO / NOOR / Arko Datto. **Página 263:** istock.com / damircudic. **Página 269:** istock.com / FG Trade.

ICONOS

Íconos realizados por Freepik desde www.flaticon.com

La salud mental es de vital importancia para todas las personas, en todas partes. En todo el mundo, las necesidades en materia de salud mental son muchas, pero la respuesta es insuficiente e inadecuada. El *Informe mundial sobre la salud mental: Transformar la salud mental para todos* ha sido concebido para inspirar y fundamentar una mejor salud mental para todas las personas. Al basarse en los datos disponibles más recientes, mostrar ejemplos de buenas prácticas en todo el mundo y transmitir la experiencia de las propias personas, en este informe se pone de relieve por qué es necesario el cambio y dónde, y cuál es la mejor manera de lograrlo. En el informe se insta a todas las partes interesadas a que colaboren para profundizar en el compromiso y el valor que se atribuye a la salud mental, reconfigurar los entornos que influyen en la salud mental y fortalecer los sistemas de atención de la salud mental.

Department of Mental Health and Substance Use
World Health Organization
20 Avenue Appia
1211 Geneva 27, Switzerland
<https://www.who.int/health-topics/mental-health>

