



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



**“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA  
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL  
ABORDAJE INICIAL DE TRASTORNOS MENTALES”**

tesis

para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

P R E S E N T A

LUIS ALFONSO GRAGEDA FOYO

DIRECTORA DE TESIS

DRA. MARIBEL CRUZ ORTÍZ

CO-ASESORES

DR. LUIS EDUARDO HERNANDEZ IBARRA

MSP. KARLA LORENA ARAUJO URESTI

San Luis Potosí, S. L.P., México. octubre 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



**“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA  
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL  
ABORDAJE INICIAL DE TRASTORNOS MENTALES”**

tesis

para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

P R E S E N T A

LUIS ALFONSO GRAGEDA FOYO

DRA. MARIBEL CRUZ ORTÍZ

DIRECTORA DE TESIS

CO-ASESORES

DR. LUIS EDUARDO HERNANDEZ IBARRA

MSP. KARLA LORENA ARAUJO URESTI

San Luis Potosí, S. L.P., México. octubre 2018



UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE SAN LUIS POTOSÍ  
FACULTAD DE ENFERMERÍA Y NUTRICIÓN



**“EFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA  
MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS SOBRE EL  
ABORDAJE INICIAL DE TRASTORNOS MENTALES”**

tesis

para obtener el grado de Maestro en Salud Pública

P R E S E N T A

LUIS ALFONSO GRAGEDA FOYO

SINODALES

DRA. YESICA YOLANDA RANGEL FLORES \_\_\_\_\_

**PRESIDENTA**

DR. DARÍO GAYTÁN HERNÁNDEZ \_\_\_\_\_

**SECRETARIO**

DRA. MARIBEL CRUZ ORTÍZ \_\_\_\_\_

**VOCAL**

San Luis Potosí, S. L.P., México. octubre 2018

## RESUMEN

**Introducción:** 450 millones en personas en el mundo padecen algún trastorno mental y sólo una pequeña proporción de estas reciben atención adecuada, debido principalmente, a la insuficiencia de personal capacitado para la detección de estos. Secundario a esta problemática, la Organización Mundial de la Salud (OMS) creó la guía mh-GAP cuya finalidad es la de establecer los conocimientos básicos que debe tener el personal de contacto con usuarios potenciales a los servicios de salud mental. El **objetivo general** de este estudio fue evaluar el efecto de una intervención educativa al personal operativo del sistema DIF estatal en el abordaje inicial de trastornos mentales por medio de la guía mhGAP. **Material y métodos:** El presente estudio se llevó a cabo en el estado de San Luis Potosí, México con personal operativo del sistema Desarrollo Integral de la Familia (DIF). Se realizó una intervención educativa de modalidad constructiva- participativa, usando como apoyos para el aprendizaje videos representativos y casos clínicos. El nivel de conocimiento para el abordaje inicial de los transtornos mentales más comunes en nuestro medio, se midió antes de la intervención, inmediatamente después de la intervención y tres meses después a esta. **Resultados y conclusiones** : Los resultados de la prueba *T-Student* para muestras relacionadas, demostró un incremento de puntuaciones con significancia estadística respecto a los conocimientos previos a la intervención educativa, lo que lleva a concluir que la intervención educativa resultó eficiente en el contexto de estudio.

**Palabras clave:** Salud mental, intervención educativa y trastornos mentales.



## **ABSTRACT**

**Introduction:** 450 million people in the world suffer from a mental disorder and only a small proportion of these receive adequate attention due to the lack of personnel trained in the detection of these disorders. Secondary to this problem, the World Health Organization (WHO) created the mh-GAP guide with the purpose of establishing basic knowledge in personnel that has contact with potential users of mental health services in the world. The **general objective** of this study was to evaluate the effect of an educational intervention on the operative staff of the state DIF system in the initial approach of mental disorders through the mhGAP guide. **Material and methods :** The present study was carried out in the state of San Luis Potosí, Mexico with operative personnel of the Integral Family Development System (DIF) of this entity. An educational intervention was carried out in a constructive-participatory manner with the use of representative videos, the analysis and resolution of clinical cases. The knowledge in the initial approach to the most common mental disorders in our environment was measured at three different times; before the intervention, immediately after the intervention and three months afterwards. **Results and conclusions:** After the statistical analysis by means of the T-Student test for related samples, a statistical significance was obtained with respect to the knowledge prior to the educational intervention and then to it; so we conclude that the educational intervention was efficient in our environment.

**Key words:** *mental health, educative intervention and mental disorders.*



## **AGRADECIMIENTOS**

A Luzma y Paula por su acompañar incansable, cariño y paciencia.

A mis padres por impulsarme día a día a seguir creciendo académicamente.

A Juan Pablo y Flor por su apoyo incondicional desde los inicios de este proyecto.

Al Sistema DIF Estatal de San Luis Potosí que me permitió llevar acabo y concluir este estudio.

A Mirna, Lilia, Nydia, Cova y Andrés por su amistad, pues a pesar de las vicisitudes lo logramos.

A mis compañeros de la novena generación por permitirme conocerlos y aprender de ellos.

A mis maestros y profesores, en especial a Maribel por enseñarme otra arista de la salud mental y la docencia.

Y principalmente a los pacientes y familiares que ciegamente depositan su confianza en los profesionales de la salud mental.



# INDICE

RESUMEN .....	i
ABSTRACT .....	ii
AGRADECIMIENTOS .....	iii
INTRODUCCIÓN .....	4
I. JUSTIFICACIÓN.....	8
1.1 Pregunta de investigación .....	14
II. MARCO TEÓRICO .....	15
21 1 Problemática de salud mental .....	15
211 .1Trastornos depresivos .....	17
212 .2 Trastornos de ansiedad .....	18
213 .3 Suicidio.....	18
214 .4 Enfermedad bipolar.....	19
215 .5 Trastorno por uso de sustancias.....	20
216 .6 Trastornos psicóticos .....	20
22 2 Recursos para la atención de problemas de salud mental .....	21
23 3 La participación intersectorial.....	22
24 4 Acciones para promover la salud mental .....	25
25 5 Acciones para detección y tratamiento.....	26
26 6 La introducción del componente de la salud mental en la APS .....	27
27 7 La atención a la salud mental en el primer nivel de atención.....	29
28 8 Intervenciones educativas para fortalecer el componente de la salud mental....	32
III. . HIPÓTESIS.....	36
IV. OBJETIVOS .....	37
41 1 General .....	37
42 2 Específicos .....	37
V. METODOLOGÍA.....	38
51 1 Tipo y diseño general del estudio .....	38
52 2 Límites de tiempo y espacio .....	38
53 3 Universo de estudio .....	39

54	4 Tipo de muestreo .....	39
55	5 Tamaño de la muestra.....	39
56	6 Criterios de selección.....	39
561	.1 Criterios de inclusión .....	39
562	.2 Criterios de exclusión .....	39
563	.3 Criterios de eliminación .....	39
57	7 Intervención de capacitación .....	40
58	8 Operacionalización de variables .....	40
59	9 Instrumento .....	40
510	0 Procedimientos .....	41
5101	.1 Para la aprobación del proyecto.....	41
5102	.2 Para la recolección de los datos .....	41
5103	.3 Para el análisis estadístico .....	42
5.11	Recursos humanos, materiales y financieros .....	42
VI.	CONSIDERACIONES ÉTICAS .....	43
61	1 Consideraciones éticas internacionales .....	43
62	2 Consideraciones éticas nacionales.....	43
63	3 Sobre la carta de consentimiento informado .....	45
64	4 Sobre la ausencia de conflicto de intereses y autorías .....	46
65	5 Sobre el apoyo financiero para la difusión de resultados .....	47
66	6 Sobre la transferencia de los resultados.....	47
VII.	RESULTADOS.....	48
71	1 Caracterización de la muestra estudiada .....	48
72	2 Nivel de conocimientos identificados en la evaluación previa a la intervención 50	
73	3 Nivel de conocimientos identificados en la evaluación mediata después de la intervención .....	54
74	4 Comparación en la evolución del nivel de conocimientos .....	56
VIII.	DISCUSIÓN .....	61
IX.	CONCLUSIÓN.....	67
X.	ANEXOS .....	68
Anexo 1.	Carta programática.....	68

Anexo 2. Operacionalización de variables.....	70
Anexo 3. Prueba previa y posterior al curso base mhGAP .....	71
Anexo 4. Consentimiento informado .....	74
Anexo 5. Carta de no conflicto de intereses .....	75
XI. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	76

## **INDICE DE TABLAS Y GRAFICOS**

Tabla 1 Municipios agrupados en las 6 coordinaciones del Sistema DIF del Estado de San Luis Potosí .....	48
Tabla 2. Distribución por sexo y perfil profesional de las coordinaciones participantes .....	49
Tabla 3 Última capacitación recibida sobre el tema de salud mental .....	50
Tabla 4 Medias globales por coordinación obtenidas en las medición pre intervención .....	51
Tabla 5 Medias obtenidas respecto a creencias comunes sobre las enfermedades mentales en la medición pre intervención.....	52
Tabla 6 Medias obtenidas respecto a conocimientos específicos sobre identificación y tratamiento de enfermedades mentales en la medición pre intervención .....	53
Tabla 7 Medias obtenidas respecto a creencias comunes sobre las enfermedades mentales en la medición post intervención (a los tres meses) .....	54
Tabla 8 Medias obtenidas respecto a conocimientos específicos sobre identificación y tratamiento de enfermedades mentales en la medición post intervención (a los tres meses) .....	55
Tabla 9 Medias globales por coordinación obtenidas en las medición pre intervención.....	56
Tabla 10 . Prueba T-Student para muestras relacionadas entre la pre intervención y la post intervención a los tres meses.....	57
Tabla 11. Prueba T- Student por trastorno mental para evaluar el efecto de curso mhGap ...	58
Tabla 12. Resultados obtenidos por perfil profesional sobre conocimiento adquiridos con curso mhGap .....	59
Gráfico 1 Evolución de las puntuaciones referidas a conocimientos en el abordaje pre y post intervención con la guía mhGAP.....	57

Gráfico 2 Evolución de las puntuaciones referidas a conocimientos en el abordaje pre y post intervención con la guía mhGAP .....	59
--	----

## INTRODUCCIÓN

Se estima que actualmente, aproximadamente 450 millones de personas padecen un trastorno mental o del comportamiento en el mundo. A pesar de la magnitud de esta cifra, solo una proporción muy pequeña de estos reciben atención médica de manera oportuna y satisfactoria, por lo que, en los últimos años los problemas de salud mental han tomado importancia en el campo de la salud pública llegando a ser un tema prioritario a nivel internacional.<sup>1</sup>

Si bien, la atención a los problemas de salud mental son cada vez más considerados en la agenda mundial de salud, en México existe un rezago importante no solo en la atención continuada de quienes han sido diagnosticados con alguno de estos padecimientos sino también con la propia identificación y diagnóstico oportuno de aquellos que inician el recorrido por las alteraciones mentales. Además de lo anterior, existen serias dificultades para emprender acciones que promuevan la salud mental y extiendan el campo de acción hacia la sanidad y no solo hacia la enfermedad.

La incorporación del componente de la salud mental en el primer nivel de atención pretende multiplicar las acciones y extenderlas al ámbito extrahospitalario, lo cual requiere mejorar las acciones desarrolladas en los tres niveles de prevención e integrar la participación intersectorial. La generación de estas sinergias favorece la presencia de condiciones que permitan la permanencia de las personas con trastornos mentales en la comunidad y fortalecen la salud mental de quienes no tienen una patología pero que sin embargo, requieren acciones para conservarla y enfrentar de la mejor manera los cambios asociados a su ciclo vital.

Los retos para incorporar el componente de la salud mental al primer nivel de atención son muchos, pero uno de los más señalados es el diagnóstico temprano y la instalación del tratamiento pertinente, bien sea de primera instancia o una vez que la persona ha sido valorada en el segundo nivel de atención, ambas situaciones requiere de conocimientos y estructuras que permitan poner en marcha las acciones

que aunque se enmarcan claramente en el segundo nivel de prevención, son factibles de desarrollar en las unidades de atención primaria.

Estudios elaborados por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señalan que el fortalecimiento en el primer nivel de atención médica representan una oportunidad para brindar atención de calidad a las personas afectadas con algún trastorno mental y del comportamiento, sin embargo, para hacerlo es indispensable contar con personal capacitado y un programa de acción claro que delimite los sistemas de referencia y contrareferencia, no solo entre las instituciones de atención a la salud sino también entre otras instancias que promuevan la atención y protección a la salud mental, tomando a los servicios de atención primaria como parte primordial y eje rector en la detección y manejo oportuno de los trastornos mentales.<sup>2</sup>

Los planteamientos anteriores se recogen en señalamientos tan importantes como el día mundial de la salud mental, que en el año 2009 tuvo como lema: *Salud mental en la atención primaria: mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental*, que señala la necesidad de que la salud mental se integre a la atención primaria y que surge del creciente interés de las naciones por conseguir unos sistemas de salud más equitativos, integradores y justos que atiendan de manera integral la salud, entendiendo que salud mental y física no pueden estar separadas, y que la atención a las personas con enfermedades mentales no debe estar supeditada a sistemas paralelos que brindan una atención diferenciada.<sup>3</sup>

La Federación Mundial de la Salud Mental señala que la atención de estos problemas a nivel primario es necesaria, entre otras razones por las siguientes:

- La mayoría de las personas piden ayuda por problemas de conducta en centros de atención primaria.
- Los problemas de salud conductual suelen pasar desapercibidos y no ser tratados.
- Las personas que sufren de enfermedades crónicas comunes tales como diabetes mellitus tipo 2 y/o hipertensión arterial sistémica tienen un porcentaje

más alto de problemas de salud mental, repercutiendo en la evolución tórpida de la enfermedad y en consecuencia el empeoramiento de la salud mental del individuo. Al no tratar los trastornos mentales de las personas con esas enfermedades, se tienen peores resultados a nivel psiquiátrico y clínico.

- La identificación de los problemas de salud mental, representa una oportunidad importante de intervención temprana y de prevención de trastornos más debilitantes; también permite llegar a las personas que no pueden o no tienen acceso a atención especializada en salud mental.<sup>3,4</sup>

Las razones señaladas por la Federación Mundial de Salud Mental, han sido compartidas a nivel mundial, la OPS ha hecho énfasis en la importancia que tienen para todas las naciones, pero particularmente para aquellas de bajos y medianos cuyos sistemas de salud cuentan con escasos elementos destinados a la salud mental.

Esas preocupaciones se han recogido en los programas de salud mental en México que se ha transformado en los últimos años y se ve reflejado en el Programa Nacional de Salud que cambia en México cada seis años conforme a la gestión presidencial en turno. Así, en el sexenio 2000-2006 se propuso el programa específico de acción en salud mental (PAE), que en su apartado de diagnóstico situacional señala la existencia de tres problemas principales que se enfrentan para la atención a los trastornos de salud mental:

- a) Infraestructura insuficiente, distribución inadecuada y de difícil acceso.
- b) Personal especializado insuficiente y mal distribuido en el territorio nacional.
- c) Carencia de recursos económicos para poder brindar un servicio adecuado en la infraestructura existente.<sup>5,6</sup>

Como es evidente, los problemas señalados a pesar de ser identificados en el año 2000, aún se encuentran presentes en buena medida y se pueden agudizar aun más, dado que el Sistema Nacional de Salud incrementó su cobertura a través del sistema Seguro Popular y por ello atiende a mayor cantidad de población.

El Programa Nacional de Salud 2012-2018 actualiza esos retos en la presentación de la situación de salud mental en México contenida en el Programa de Acción Específico de Salud Mental (PAE) 2013-2018, instrumento técnico referencial que plantea estrategias y líneas de acción dirigidas a fortalecer un modelo comunitario que privilegia las acciones de prevención primaria y secundaria en toda la red de servicios, pero particularmente en el primer nivel de atención.

Uno de los objetivos centrales del PAE está direccionado a establecer las prioridades de capacitación y entrenamiento de recursos humanos. Para este objetivo se marcan líneas de acción en las que se incluyen el impulso de los programas de capacitación dirigida al personal de atención en salud mental. Es en este apartado en el que se enmarca el presente proyecto, con el cual se pretende conocer el efecto de una intervención para mejorar los conocimientos del personal de atención en el abordaje inicial de trastornos mentales. Para ello se presenta una estructura que consta de 6 partes en las que se aborda, tanto en el planteamiento del problema como en el marco teórico, la necesidad de introducir el componente de la salud mental en la atención primaria de salud.

En el marco teórico se recuperan las acciones de organismos internacionales y experiencias en América Latina así como la problemática en torno a la falta de personal no especializado preparado en el tema para su abordaje en el contexto de la promoción de la salud en general. Posterior a ello se presenta un capítulo de metodología y enseguida el desglose de las consideraciones éticas a las que se suscribe este proyecto. Los resultados y la discusión conforman apartados que muestran el desarrollo y conclusión de este proyecto así como sus principales hallazgos que se agrupan en las conclusiones. Un último apartado incluye la bibliografía y se concluye con los anexos.

## **I JUSTIFICACIÓN**

A nivel mundial, alrededor de 450 millones de personas en países tanto desarrollados como en vías de desarrollo padecen una enfermedad neuropsiquiátrica, es decir, casi el 25% de la población mundial. Los diagnósticos más frecuentes son los trastornos depresivos, los trastornos de ansiedad y los relacionados con el uso y abuso de múltiples sustancias.<sup>1</sup>

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define a la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo es consciente de sus propias capacidades, de afrontar las tensiones normales de la vida, de trabajar de forma productiva y fructífera, y con la capacidad de hacer una contribución a su comunidad. La dimensión positiva se destaca en la definición de salud que figura en la Constitución de la OMS: “La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades”.<sup>7</sup> Una importante consecuencia de esta enunciación, es el hecho de que se considera la salud mental como algo más que la ausencia de trastornos o discapacidades mentales.

La salud mental y el bienestar son fundamentales para nuestra capacidad colectiva e individual de pensar, manifestar sentimientos, interactuar con los demás, ganar el sustento y disfrutar de la vida. Sobre esta base, se puede considerar que la promoción, la protección y el restablecimiento de la salud mental, son preocupaciones vitales de las personas, las comunidades y las sociedades de todo el mundo. El bienestar mental individual está determinado por múltiples factores sociales, psicológicos y biológicos. Por ejemplo, las presiones socioeconómicas persistentes constituyen un riesgo conocido para la estabilidad mental de los individuos y las comunidades. Las pruebas más evidentes están relacionadas con los indicadores de la pobreza y en particular con el bajo nivel educativo, así mismo, las condiciones previas al nacimiento y el desarrollo infantil asociados a la inequidad social son factores potenciales de riesgo a la salud mental.<sup>8</sup>

La pobre salud mental se asocia así mismo a los cambios sociales rápidos, a las condiciones de trabajo estresantes, a la discriminación de género, a la

exclusión social, a los modos de vida poco saludables, a los riesgos de violencia y mala salud física y a las violaciones de los derechos humanos.

También hay factores de la personalidad y psicológicos específicos que hacen que una persona sea más vulnerable que otras a padecer trastornos mentales, entre estas, figuran causas de carácter biológico, dependientes, por ejemplo, de factores genéticos o de desequilibrios bioquímicos cerebrales.<sup>9</sup>

Debido a los múltiples condicionantes que trasgreden la salud mental comunitaria e individual, y con la finalidad de unificar los criterios respecto a la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias, la OMS propuso un programa de capacitación en salud mental a los profesionales de la atención médica en el primer nivel de atención, con el objetivo de subsanar, –al menos parcialmente–, el déficit de profesionales en salud mental que en el mundo existen. Este programa se basa en pruebas científicas disponibles y ofrece un conjunto de estrategias y actividades para ampliar y mejorar la atención a dichas personas.<sup>10</sup>

Este interés de potenciar la participación del personal en el primer nivel de atención, surge de una serie de avances que la salud mental tuvo en todo el mundo y que se tratará de resumir de manera breve en los siguientes párrafos.

A través de los años, el área de la salud mental había tenido poca atención por los organismos internacionales, continentales y nacionales, hasta el año 1990 en la ciudad de Caracas, Venezuela, se realizó el lanzamiento de la iniciativa regional para la reestructuración de la atención psiquiátrica. En esta declaración se hace mención a la necesidad imperativa del reemplazo de la atención psiquiátrica confinada a los hospitales psiquiátricos a una prestación de servicios de manera descentralizada, participativa, integral y continua.

Siete años después, el Consejo Directivo de la Organización Panamericana de la Salud retomó el tema de salud mental dictando recomendaciones a los miembros de la OPS a incluirla como prioridad en sus agendas e intensificar su trabajo en este campo; posteriormente en el año 2001 la Organización Mundial de la Salud dedicó su informe de Salud en el Mundo a esta e hizo las recomendaciones pertinentes al programa político mundial para establecer medidas en salud mental.

En la ciudad de Brasilia en el año 2005, se realizó la Conferencia Regional para la Reforma de los Servicios de Salud Mental, donde se evaluaron las acciones acordadas 15 años antes en la ciudad de Caracas; tres años después, en el año 2008 la OPS aprobó el Plan Estratégico para la prevención y reducción de la carga de enfermedad, las discapacidades y las defunciones prematuras causadas por las enfermedades crónicas no transmisibles, los trastornos mentales, la violencia y los traumatismos, y en el mes de octubre de ese mismo año la OMS presentó el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP, por sus siglas en inglés). Este programa busca la atención de los trastornos mentales, los cuales repercuten de manera negativa en el funcionamiento global del individuo que las padece, pero no solo se circunscriben al paciente, si no que el impacto generado por estas entidades médicas tiene afectación al ámbito familiar, y se estima que una de cada cuatro familias tiene al menos un miembro afectado por algún trastorno mental o del comportamiento.<sup>1</sup>

En el año 2004, esos trastornos representaban el 13% de la carga de morbilidad mundial, en forma de muertes prematuras y años perdidos por discapacidad, y porque, cuando solo el componente de discapacidad se toma en cuenta al calcular la carga de morbilidad, los trastornos mentales representan el 25,3% y el 33,5% de los años perdidos por discapacidad en los países de ingresos bajos y de ingresos medios, respectivamente.

En la actualidad, la prevalencia de trastornos mentales continúa en un patrón de aumento, lo que socio-económicamente hablando causa efectos negativos a nivel mundial. Según la nota descriptiva de la OMS en el mes de febrero del 2017, los trastornos depresivos y ansiosos son las enfermedades mentales más frecuentes, así mismo son una de las principales causas de discapacidad en todo el mundo con más de 300 millones de personas afectadas y son más prevalente en las mujeres que en los hombres,<sup>11</sup> aunque existen diferencias dependiendo del tipo de patología: por ejemplo: el trastorno de ansiedad por enfermedad, antes conocido como hipocondría, se presenta de manera similar tanto en hombres como en mujeres.<sup>12</sup>

Por otro lado, es conocido que los trastornos de la conducta como: la impulsividad y agresividad, así como el trastorno bipolar, la esquizofrenia y los trastornos asociados al uso de sustancias son más comunes en hombres que en mujeres.<sup>13</sup>

Los trastornos afectivos, (ansiedad y depresión, los cuales son los más prevalentes) los trastornos de la conducta alimentaria como la anorexia nerviosa y la bulimia y los trastornos somatomorfos (trastorno facticio, trastorno conversivo y el trastorno por síntomas somáticos) son diagnosticados más en el sexo femenino.<sup>14</sup>

Existe evidencia biológica sobre diferencias neuroquímicas y anatómicas en ambos sexos las cuales son propiciadas por efectos hormonales repercutiendo tanto directa como indirectamente en los cerebros femeninos y masculinos, estas desigualdades son manifiestas en el tamaño de la masa encefálica, asimetrías hemisféricas y principalmente en las regiones hipotalámicas que tienen alta afinidad por las respuestas hormonales, como las reproductivas, así mismo en el giro cingulado anterior el cual es más activo en las mujeres, lo que podría asociarse con comportamientos de protección hacia su descendencia.<sup>15</sup>

En México, las estadísticas respecto a los trastornos mentales no difiere a lo reportado a nivel internacional, sin embargo, los estudios realizados tienen diferentes metodologías lo que podría sesgar los datos nacionales actuales.<sup>16</sup>

La respuesta del Estado mexicano respecto a la atención mental ha consistido básicamente en la integración de atención mental en la organización vincular conformada por unidades especializadas de atención médica (UNEMES), estructuradas bajo un modelo comunitario, fungiendo como eje rector en la atención ambulatoria en salud mental. Uno de los principales objetivos de este modelo es el establecimiento de equipos multi e interdisciplinarios que ofrezcan atención integral incluyendo los factores biológicos, psicológicos y culturales de los usuarios.<sup>17</sup>

Los recursos de atención especializada para la atención de trastornos mentales actualmente el Estado de San Luis Potosí incluyen 2 unidades UNEME-CISAME (Centro Integral de Salud Mental), ubicados en la Jurisdicción Sanitaria No. 1, en la capital del Estado y en la Jurisdicción Sanitaria No. 5 en Ciudad Valles, Municipio considerado el segundo en importancia en el Estado por el índice poblacional y

económico de esta entidad. También se cuenta con 7 Centro de atención primaria a las adicciones (CAPA), y la Clínica Psiquiátrica “Dr. Everardo Neumann Peña” que cuenta con 85 camas censables y el área de urgencias psiquiátricas con 5 camas y 2 de observación.

Las principales demandas de atención en salud mental se concentran principalmente en el rubro de las personas con patología afectiva, (incluidos los trastornos depresivos y por ansiedad), la enfermedad bipolar, los trastornos: a) psicóticos, b) orgánicos, por el uso de sustancias (principalmente alcohol, cannabis y cocaína), c) de déficit de atención e hiperactividad y d) las conductas suicidas (ideación, planeación o intento de suicidio) así como las complicaciones de los mismos trastornos descritos previamente.<sup>18</sup>

Otra cuestión que hay que discutir respecto a la respuesta del Estado mexicano en materia de salud mental, tiene que ver con los recursos humanos destinados a la atención en Salud Mental, se estima que en México por cada 100 mil habitantes hay 2.8 médicos psiquiatras, 44 licenciados en psicología, 0.12 licenciados en enfermería con especialización en salud mental, 1.5 neurocirujanos, 1.2 neurólogos y 0.20 trabajadores sociales especializados en psiquiatría; en tanto en los países de América Central, México y el Caribe, el rango oscila entre 6 y 79 profesionales de salud mental por 100,000 habitantes. La tasa de médicos psiquiatras está sujeta a una variabilidad muy significativa entre cada uno de los países y territorios, así como entre las tres subregiones. La media de psiquiatras por 100,000 habitantes es de 1.5 en América Central, México y el Caribe latino, con un rango de 0.3 a 10; en el Caribe no latino la tasa es de 1.9, con un rango de 0.5 a 20; y de 2.9 en América del Sur, con un rango de 1,1 a 19.<sup>19</sup>

Mención aparte merece el hecho de que en México, del total de médicos psiquiatras, 33% trabaja en instituciones públicas. Heinze y colaboradores en el año 2016 estimaron una tasa 3.68 psiquiatras que se concentran en grandes núcleos urbanos como la Ciudad de México, Jalisco y Nuevo León, es decir el 18% de la población tienen al 60% del total de los psiquiatras.<sup>20,21</sup> En San Luis Potosí, para el mes de agosto de 2018 se contaba con 143 profesionales en el área de psicología, la gran mayoría de estos laborando para los Servicios de Salud del Estado ubicados en los diferentes

centros de atención incluida la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, en el ISSSTE se ubican 3 psicólogos clínicos y únicamente 2 profesionales en psicología en la SEDENA.

Respecto al área médica de psiquiatría, el mayor número de profesionales se concentra en la Clínica Psiquiátrica Dr. Everardo Neumann Peña, siendo 17 médicos psiquiatras y 20 médicos residentes en constante rotación. Seis más divididos en las 2 unidades CISAME del estado (2 en San Luis Potosí capital y 2 en Ciudad Valles) y uno solamente en el Hospital General de Rioverde y uno restante en el Hospital General de Matehuala. En el ISSSTE, en todo el Estado únicamente se encuentran activos 2 médicos psiquiatras y en el IMSS, en todas sus unidades en el Estado solamente 6 médicos psiquiatras. En la SEDENA recientemente existió la jubilación del único psiquiatra y a la fecha sigue sin ser cubierta dicha plaza.

Lo anterior muestra un gran desafío a lo que la OMS puntualiza y no solo se relaciona con profesionales específicos, sino con la transformación de los servicios de salud mental y su incorporación a la atención primaria en los países en vías de desarrollo, dado que la integración de los servicios requiere no solo la adquisición de nuevos conocimientos y aptitudes para identificar, tratar y derivar a las personas con trastornos mentales de manera multi e interdisciplinaria según proceda<sup>22</sup>, si no también una redefinición de las funciones del personal sanitario y cambios de la actual cultura de servicios y actitud de los profesionales sanitarios generales. Además, en este contexto, es necesario ampliar las funciones de los especialistas en salud mental para que abarquen la supervisión y el apoyo a los profesionales sanitarios generales en la ejecución de intervenciones de salud mental.<sup>23</sup>

Basándose en lo anterior es que se plantea la siguiente pregunta de investigación.

### **1.1 Pregunta de investigación**

¿Con la implementación de una intervención educativa mejorarán los conocimientos para el abordaje inicial de los trastornos mentales en el personal operativo del Sistema DIF del Estado de San Luis Potosí?

## **I. MARCO TEÓRICO**

### **2.1 Problemática de salud mental**

Ya se señaló que los problemas de salud mental tienen una presencia constante y creciente en todo el mundo, en el caso de América Latina y el Caribe, la OPS señala que contribuyen sustancialmente a la morbilidad, la discapacidad temporal y permanente y la mortalidad prematura. Apunta además, que la proporción de las personas con trastornos mentales que no reciben ningún tipo de atención de salud es superior a los dos tercios dado que la respuesta de los servicios de salud ha sido insuficiente o inadecuada.<sup>24</sup>

En buena medida, el problema de la falta de atención ha radicado en la persistencia de un modelo de atención segmentado que privilegia la atención a las enfermedades mentales en los hospitales psiquiátricos que carece de vínculos para el seguimiento en la inserción comunitaria. Por su parte, los centros de atención primaria reciben personas con una gama extensa de problemáticas psicosociales asociadas a problemas de salud mental, pero con frecuencia tienen una habilitación insuficiente.

Como respuesta a la problemática señalada, la Organización Mundial de la Salud (OMS) presentó el Programa de Acción para superar las brechas en salud mental que propone la estrategia Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias (mhGAP, por sus siglas en inglés). La herramienta para la puesta en marcha de esta estrategia es la Guía de Intervención para contextos no especializados (mhGAP-IG), que propone un modelo de manejo integrado de trastornos prioritarios aplicando protocolos para la toma de decisiones clínicas.<sup>25</sup>

Si bien la preocupación más común cuando se habla de problemas de salud mental son las enfermedades mentales graves tales como la esquizofrenia, el trastorno afectivo bipolar o la depresión mayor, es necesario enfatizar que estas solo constituyen una porción de las problemáticas de atención y por ello la OPS habla no solo de trastornos mentales entre los que se incluirían los señalados, (y otros como la ansiedad

y el estrés postraumático); sino también de problemas neurológicos (como el Alzheimer y la epilepsia); relacionados con el consumo de sustancias y otros frecuentes como el autolesionismo, el suicidio y los trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente.

Al tratarse de una gama extensa de problemas de salud mental, que además de acuerdo a la situación en la que se encuentre la persona, (en relación al control de la enfermedad), deben ser atendidos en instancias diversas, se requiere la colaboración de los tres niveles de atención en salud y no solo el nivel especializado.

De acuerdo a lo anterior, la OPS propuso la incorporación del componente de la salud mental a la atención primaria (APS), la cual ha sido definida como la primera línea de contacto y puerta de entrada a los servicios de salud, con mayor cobertura y menor complejidad.<sup>26</sup> Se considera que la participación de la APS multiplicaría las posibilidades de atención, puesto que los centros de APS se constituyen en espacios privilegiados para el reconocimiento de trastornos mentales, su evaluación y tratamiento, así como para la interconsulta con especialistas, la derivación adecuada y el seguimiento además de que la mayoría de las personas que sufren trastornos mentales consultan por primera vez en los centros de atención primaria.<sup>24</sup>

El éxito al integrar la salud mental en el primer nivel de atención, limitará en gran medida la fragmentación de los servicios de salud y permitirá también la disminución en el estigma que conlleva la enfermedad mental. Esta integración requiere el análisis y la implementación de estrategias a varios niveles<sup>27</sup> en los cuales se incluyen, entre otras:

a) el cambio de roles de los especialistas y subespecialistas en salud mental brindando no solamente la atención directa a los usuarios de algún servicio médico, si no también dirigir sus esfuerzos a la evaluación de los servicios del primer nivel de atención y al apoyo comunitario

- b) la implementación de atención psicoterapéutica breve en el primer nivel de atención evitando en gran medida la “biologización” etiopatogénica de los trastornos mentales considerado también el modelo psicosocial
- c) recalcar la atención en los trastornos mentales crónicos e incapacitantes como la esquizofrenia, el trastorno bipolar y las demencias, generando programas de apoyo para el aprendizaje de habilidades de la vida diaria y de psicoeducación a las familias
- d) el establecimiento de programas de capacitación continuos con la finalidad de fortalecer las competencias clínicas tanto en la identificación de trastornos mentales como en su adecuada y oportuna canalización
- e) involucrar y empoderar a la comunidad en la sensibilización de los trastornos mentales teniendo un papel activo y consciente en la sociedad respecto a la salud mental
- f) identificar y mitigar en lo posible los determinantes sociales adversos a la salud mental
- g) legislar la integración adecuada de la salud mental en los servicios de atención primaria.

No obstante, la pertinencia de incorporar el componente de la atención a la salud mental en la atención primaria, es común que los desórdenes de salud mental se consideren menos prevalentes de lo que en realidad o no sean conocidos sus aspectos más básicos, por ello se señala a continuación de forma sintética los trastornos más comunes.

### **2.1.1 Trastornos depresivos**

La depresión es una alteración patológica del estado del ánimo que repercute en el funcionamiento del individuo, afectando las esferas: afectiva (ánimo bajo, astenia, adinamia, anhedonia, autoestima disminuida), somática (presencia de dolores musculares, molestias gastrointestinales, disminución en el apetito sexual, alteraciones en el sueño y apetito) y cognitiva (alteraciones la concentración, atención y memoria). La prevalencia en México es del 12 al 20% en pacientes adultos con mayor

incidencia en las mujeres (14.4%) respecto a los hombres (8.9%). El tratamiento indicado son los antidepresivos con efecto sobre los neurotransmisores: serotonina, noradrenalina y dopamina, principalmente.<sup>28</sup>

### **2.1.2 Trastornos de ansiedad**

Los trastornos de ansiedad son las entidades psiquiátricas más comunes con una tasa anual del 18.1% en la población adulta. La ansiedad en sí, es una experiencia humana universal y, a menudo, es una reacción normal ante situaciones estresantes. Como síndrome comprende síntomas físicos, emocionales, cognitivos y conductuales.<sup>29</sup> La prevalencia en el primer nivel de atención médica es de un 25.8%, siendo los más comunes el trastorno de pánico, ansiedad generalizada, estrés postraumático y fobia social.

Tienden a manifestarse a través de crisis con sentimientos intensos de angustia, las cuales son exacerbaciones agudas graves e inesperadas de síntomas de ansiedad psíquica y somática, acompañados de intenso miedo. La presencia de esta sintomatología puede ser un síntoma de su enfermedad médica o por efectos de alguna sustancia farmacológica como medicamentos de uso habitual. También se puede desencadenar por los efectos de drogas, alcohol o por un trastorno psiquiátrico primario.

La ansiedad se puede considerar patológica cuando: a) La reacción es desproporcionada en relación con las circunstancias actuales de la vida de la persona, b) La intensidad de los síntomas son percibidas como queja, c) La duración o la persistencia de los síntomas es mayor a la esperada, d) Existe una discapacidad o afección en la calidad de vida del paciente. Los objetivos de la atención del paciente con ansiedad, van encaminados a: 1) diferenciar entre un trastorno de pánico primario o secundario y 2) derivar al especialista correspondiente.<sup>30</sup>

### **2.1.3 Suicidio**

Mundialmente, el suicidio representa la décima causa de decesos y es responsable del 1.8% de muertes cada año, existiendo un fallecimiento cada 40 segundos. Estudios recientes han demostrado que el 60% de los sujetos fueron

valorados en algún servicio hospitalario los últimos seis meses previos al evento y, 40% de estos, semanas previas. El 90% de los intentos suicidas están acompañados de alguna comorbilidad psiquiátrica (p. ej., trastornos de depresión, ansiedad, trastornos de la personalidad y/o consumo de sustancias y trastornos psicóticos) y existe historial de intentos previos. Ciertas enfermedades médicas se han asociado con intentos y consumación del suicidio, independientemente de la existencia de algún trastorno mental.

El abordaje de personas con este diagnóstico requiere la combinación de administración de psicofármacos, vigilancia visual estrecha las 24 horas del día, coordinación con un familiar acompañante para participar en el cuidado y vigilancia estrecha y continuada.<sup>31</sup>

#### **2.1.4 Enfermedad bipolar**

Actualmente ocupa el sexto lugar en discapacidad en la población comprendida entre los 15 a 44 años de edad en todo el mundo. Generalmente los síntomas inician después de los 20 años de edad y es más frecuente en el sexo masculino. En México la prevalencia oscila entre el 1.5 y 2%.

Existen, principalmente 2 tipos de trastorno bipolar (TBP tipo 1 y TBP tipo 2) los cuales se diferencian por la presencia de estados de manía o hipomanía, respectivamente. La manía es un estado de aumento de energía incontrolable, sin necesidad de dormir, un estado de ánimo elevado, expansivo e irritable, existe un aumento en la autoestima, datos de hipersexualidad (conductas sexuales de riesgo), así como la presencia de errores de juicio y conducta, gastos exorbitantes e incluso llegar a periodos psicóticos (estados fuera de la realidad). En la hipomanía, se presentan esos datos clínicos, pero en menor intensidad y no existe disfunción como en los estados de manía.

En ambos tipos de trastorno bipolar existen los periodos depresivos los cuales se caracterizan por un estado de ánimo bajo, fatiga, cansancio, alteraciones en el apetito, en la concentración y la memoria, entre otras. Una de las complicaciones más

serias del trastorno bipolar es el suicidio ya que en ambos estados (depresivos o maniacos) existe un riesgo mayor de consumarlo que en la población en general.<sup>32</sup>

### **2.1.5 Trastorno por uso de sustancias**

El uso de sustancias tiene una gran importancia en la salud mental, sus consecuencias repercuten tanto en etapas agudas como la intoxicación o el síndrome de supresión, como a largo plazo por las alteraciones cognoscitivas que estas pueden provocar.

El alcohol es la sustancia legal más consumida en el mundo y es responsable del deterioro de la salud tanto física (daño hepático) como mental (alteraciones afectivas como la ansiedad y los trastorno de depresivos). El consumo de alcohol en patrón perjudicial repercute no solo en el individuo, si no a la familia y a la sociedad. Otro tipo de sustancias como la marihuana, los opioides, los neuroestimulantes y benzodiacepinas, al igual que el alcohol repercuten en el estado físico y mental de los sujetos que la consumen e incluso incrementan el riesgo de contraer alguna infección relacionada con el uso de drogas. Depende de la sustancia utilizada, el tiempo y la edad del inicio del consumo para generar alteraciones tanto físicas como mentales de manera irreversible.<sup>33</sup>

### **2.1.6 Trastornos psicóticos**

Son varias las alteraciones mentales que se incluyen en esta clasificación, la más frecuente de estas es la esquizofrenia, seguida por los trastornos esquizoafectivo, esquizofreniforme y el trastorno psicótico agudo. La diferencia principal entre estas patologías es el tiempo de evolución, la sintomatología afectiva y la resolución o no del mismo cuadro.

Respecto a la esquizofrenia es una entidad de curso crónico con repercusión principalmente en el estado cognoscitivo que propicia alteraciones en el procesamiento de la información mental y es evidenciado por la presencia de un funcionamiento alucino-delirante caracterizado por alteraciones en el juicio y la conducta que son dados por las alucinaciones auditivas, visuales e incluso olfatorias (aunque son infrecuentes) y delirios de persecución principalmente. Este trastorno es más común

en los hombres y la edad de inicio es de los 15 a 25 años y en las mujeres de los 25 a los 35 años.

Algunos de los factores de riesgo para el padecimiento son: los antecedentes heredofamiliares, complicaciones obstétricas y perinatales como la hipoxia neonatal, edad paterna avanzada y patrones de crianza poco vinculares. El tratamiento de estos trastornos tiene el pilar en los antipsicóticos, medicamento con afinidad en los receptores dopaminérgicos.<sup>34</sup>

## **2.2 Recursos para la atención de problemas de salud mental**

Respecto a los recursos disponibles para brindar atención a la salud mental en el Estado de San Luis Potosí, corresponden a los designados por los Servicios de Salud a través del Sistema Seguro Popular que brinda atención en salud a personas afiliadas que tienen derecho a recibir un grupo de acciones en salud incluidas en el catálogo Universal de Servicios Esenciales de Salud (CAUSES)<sup>35</sup> y que en el caso de la salud mental se concentran en su mayoría en las acciones de primer y segundo nivel de prevención a través de la estrategia paquete garantizado de servicios de salud que tiene acciones por grupo de edad.

Lo anterior implica que el personal de las unidades institucionales que captan o refieren a los pacientes a las unidades de primer nivel de atención deben tener un conocimiento profundo sobre la salud desde una perspectiva holística dado que las acciones apuntan en ese sentido. Un ejemplo de ello es la promoción de la lactancia materna que no es entendida como una acción puntual, sino como una acción genérica que además de todos los beneficios relacionados con la nutrición, reporta beneficios al fortalecer el lazo afectivo madre-hijo y sería una acción que correspondería a la prevención primaria entendida como promoción de la salud ligada a la salud mental de forma indirecta.<sup>36</sup> Un segundo ejemplo de acciones de prevención primaria serían aquellas que son específicas para la salud mental, por ejemplo la puesta en marcha de programas de habilidades sociales para fortalecer la capacidad de decir no al consumo de tabaco y alcohol entre los adolescentes.

Como es posible comprender, en el primer ejemplo las actividades las desarrolla

el personal de los centros de salud incorporadas a las acciones para cada grupo de edad y la capacitación para ello se brinda a través de los programas generales. En el segundo caso, es probable que un profesional del área de la psicología de cada centro sea competente para brindar orientación, capacitación y líneas generales para desarrollar la actividad sin que sea de forma especializada o focalizada a alguna profesión específica.

Respecto a la atención en salud mental, el programa de referencia y contra referencia involucra a los tres niveles de atención: el primer nivel a través de los centros de salud que busca responder mediante la atención a problemas de salud mental comunes y la identificación oportuna de algunos padecimientos que en caso de no recibir pertinentemente el tratamiento correspondiente pudieran evolucionar en enfermedades crónicas. Este nivel de atención se centra pues en acciones de prevención y promoción a la salud, así como las de detección temprana y tratamiento oportuno, conjuntando con ello el primer y segundo nivel de promoción de la salud.

### **2.3 La participación intersectorial**

Por supuesto que las posibilidades planteadas previamente sobre las acciones de salud mental son solo enunciativas y no limitativas puesto que hay más posibilidades de atención al usuario. Sin embargo, queda claro que los retos del personal de salud de los tres niveles también incluyen conocer la función y posibilidades de los otros niveles de atención dentro de un mismo marco de prevención. Las tareas son semejantes pero de distinto orden y en quienes recae una de las más complejas es en las unidades de primer nivel, puesto que al proporcionar una atención general deben tener un marco de conocimientos extenso, con capacidad resolutoria pero también de referencia, y de canalización oportuna cuando el caso excede sus posibilidades y por ello es fundamental que cuenten con los conocimientos suficientes y redes de colaboración que les faciliten brindar una atención integral.

Los planteamientos señalados son recogidos en México por el Programa de Acción Específico (PAE) derivado del Programa Nacional de Salud, propuesto como una herramienta para ayudar a la coordinación intersectorial en materia de salud

mental, con énfasis en la promoción de la salud mental y la prevención de los trastornos mentales. Esa intersectorialidad se define como la intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas relacionados con la salud, el bienestar y la calidad de vida.<sup>37</sup>

De acuerdo a lo anterior, la intersectorialidad tiene distintos significados, uno de ellos remite a lógicas de acción colectiva, distinguiéndose así entre el sector público, el sector mercantil, el sector privado no mercantil o las comunidades. En ese marco, la intersectorialidad alude a las relaciones entre tales sectores y cubre el estudio de las diferentes modalidades de asociación público-privada.<sup>38</sup>

Otro significado de intersectorialidad se refiere más bien a áreas del conocimiento que se expresan en el aparato gubernamental a través de la organización funcional por sectores, tales como educación, salud, agricultura, etc. La intersectorialidad, en esta investigación, se refiere en primera instancia a la relación entre diversos sectores gubernamentales. Desde esta perspectiva, la noción de la intersectorialidad remite a la integración de diversos sectores, principalmente gubernamentales (aunque pueden participar otros), con vistas a la solución de problemas sociales complejos cuya característica fundamental es su multicausalidad. Esto implica, además, relaciones de colaboración, claramente no jerárquicas e incluso no contractuales.<sup>38</sup>

En todo caso, la intersectorialidad alude genéricamente a la conjugación de esfuerzos en tareas comunes e implica el trabajo conjunto de dependencias, instituciones y organizaciones del sector público federal, estatal, municipal y local, del sector privado, de la sociedad civil y de la cooperación internacional. para favorecer el desarrollo social y para ello se considera como una premisa que un solo sector no puede solucionar el problema que ocupa la atención. Exige la aceptación de compromisos de las diferentes partes y la designación de puntos focales o enlaces que coordinen la implementación de actividades de cada instancia participante.<sup>37</sup>

La cooperación entre sectores permite compartir recursos de forma más productiva, de acuerdo con las competencias y atribuciones de cada socio en el trabajo conjunto y autónomo. <sup>37</sup> Respecto a los tópicos relacionados a la salud, la coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta. <sup>39</sup>

Ruelas Barajas señala que la intersectorialidad no depende solamente de la convergencia de estructuras para la toma de decisiones de política pública ni tampoco es suficiente la convergencia de los conocimientos comunes en donde los profesionales simplemente se complementan, sino también de generar la innovación entre las múltiples disciplinas. <sup>40</sup> Esa intersectorialidad puede ser una estrategia efectiva para reducir la carga de los trastornos de salud mental, dado que se requiere el enlace y colaboración entre instituciones y disciplinas en un marco de comprensión extensa del fenómeno salud enfermedad mental.

Un sector que con frecuencia entrelaza sus acciones con las desarrolladas en el ámbito sanitario es el de asistencia social. En México una instancia central y rectora en ese aspecto es el Sistema Nacional para el Desarrollo Integral de la Familia (DIF) que tiene entre sus objetivos: modificar y mejorar las capacidades físicas, mentales y situación social de población vulnerable que, por su condición de desventaja, abandono o desprotección física, mental, jurídica o social, carezca de las condiciones necesarias para procurarse por sí mismos su bienestar.<sup>41</sup>

Sus programas incluyen acciones dirigidas a la atención de población vulnerable por razones de edad, enfermedad, discapacidad, situación de desventaja socioeconómica o presencia de problemas psicosociales y entre sus estrategias de actuación está la identificación y canalización de estas personas a servicios como los ofertados por las instituciones sanitarias contando para ello mayoritariamente con personal profesional y no profesional (no sanitario).

## **2.4 Acciones para promover la salud mental**

La promoción de la salud mental, consiste en acciones que creen entornos y condiciones de vida que propicien un estado mental adecuado para el individuo y que permitan a las personas adoptar y mantener modos de vida saludables. Entre ellas hay una serie de acciones para aumentar las posibilidades de que más personas tengan una mejor salud mental. La promoción de la salud mental depende en gran medida de estrategias intersectoriales. Entre otras formas concretas de fomentarla se pueden mencionar:

- a. Las intervenciones en la infancia precoz (por ejemplo, visitas a domicilio a la mujer gestante, actividades psicosociales en los preescolares y ayuda nutricional y psicosocial conjunta a las poblaciones desfavorecidas)
- b. El apoyo a los niños (por ejemplo, programas de creación de capacidades y programas de desarrollo infantil y juvenil);
- c. El apoyo social a las poblaciones geriátricas (por ejemplo, iniciativas para hacer amistades y centros comunitarios y de día);
- d. Los programas dirigidos a grupos vulnerables, y en particular a las minorías, los pueblos indígenas, los migrantes y las personas afectadas por conflictos y desastres (por ejemplo, intervenciones psicosociales tras los desastres);
- e. Las actividades de promoción de la salud mental en la escuela (por ejemplo, programas de apoyo a los cambios ecológicos en la escuela y escuelas amigas de los niños);
- f. Las intervenciones de salud mental en el trabajo (por ejemplo, programas de prevención del estrés);
- g. Los programas de prevención de la violencia (por ejemplo, la reducción de la disponibilidad del alcohol y del acceso a las armas);
- h. Legislación y campañas contra la discriminación;

- i. Promoción de los derechos, las oportunidades y la atención de las personas con trastornos mentales.<sup>9</sup>

## **2.5 Acciones para detección y tratamiento**

Existe un nivel intermedio entre el primer y segundo nivel de atención y este corresponde a las Unidades de Especialidades Médicas en Centro Integral de Salud Mental (UNEME-CISAME), las cuales tienen como objetivo proporcionar servicios integrales orientados a la prevención y atención ambulatoria de psicopatologías diversas y en caso de requerirse, refiere a los usuarios a unidades hospitalarias por medio de la atención especializada por psicólogos clínicos y médicos psiquiatras.

Las unidades señaladas son híbridos que funcionan como una bisagra entre el primer y segundo nivel de atención para agilizar el tránsito y fortalecer la atención de personas con problemas de salud mental a través del sistema de salud. Si se plantea la trayectoria de un paciente desde el tercer nivel hacia el primero, teóricamente la persona que fue atendida en hospitalización por enfermedad mental o por consumo de sustancias, puede ser enviada al CISAME si se considera que requiere una atención médica de especialidad pero dentro de su comunidad. Una vez realizados los ajustes en el tratamiento, (en el cual se contemplan los aspectos socioculturales, personales y psicológicos, no solo farmacológico), e identificadas las redes sociales que le pueden apoyar a tratar su enfermedad, esta persona sería enviada a su centro de salud de primer nivel de atención puesto que es ahí donde es atendido de forma integral. Si lo anterior no fuese posible por tratarse de enfermedades resistentes al tratamiento o personas con escasas posibilidades de mantenerse estables por ausencia de red social, es posible que continúe su tratamiento en las unidades CISAME.

El segundo nivel de atención corresponde a los hospitales generales que idealmente deberían funcionar como unidades de estancia corta para proporcionar atención médica a personas que resolverían su situación de forma rápida, ello requiere de la adecuación de las instalaciones y reorganización de los servicios para incorporar un área de consulta, atención y urgencias en salud mental. El tercer nivel de atención corresponde a los hospitales de especialidad, unidades de hospitalización para la

resolución de cuadros agudos o reinstalación de tratamientos a pacientes con enfermedades específicas.<sup>42</sup>

Es evidente que para que la atención a problemas de salud mental se de en los tres niveles de atención debería existir un conocimiento compartido, un sistema de referencia fortalecido que permitiera la atención continuada de las personas en su tránsito por el sistema de salud y la colaboración de otras instancias complementarias que permitieran la incorporación de estas personas a la vida laboral, social y educativa ya que la atención oportuna a problemas de salud mental no obedece solo a una necesidad de disminuir costos de hospitalización como frecuentemente se entiende, sino sobre todo a visualizar y atender a la persona en un marco holístico de salud que comprende a la salud mental como parte esencial de ella y que promueve una visión sin estigma de las personas con enfermedad mental.

## **2.6 La introducción del componente de la salud mental en la APS**

El PAE comprende principalmente tres líneas de acción: 1) Promoción de la salud mental; 2) Prevención de los trastornos mentales y su detección oportuna y; 3) Uso del sistema de referencia y contrarreferencia por medio del uso de las guías mhGAP establecida por la OMS.<sup>43</sup>

El desarrollo de las líneas de acción señaladas se enfrenta a serias dificultades que están asociadas al reducido presupuesto designado para la salud mental, (cerca del 2% del total), cuya aplicación se concentra en los servicios hospitalarios (80% aproximadamente), así como el escaso número de personal capacitado en salud mental y la incipiente presencia de unidades de atención primaria que cuenten con protocolos de actuación en salud mental (solo el 30% a nivel federal).<sup>2</sup>

Una estrategia del PAE para intentar abatir las dificultades señaladas, es el potenciamiento del personal de salud de las unidades de primer nivel de atención a través de la capacitación específica considerándolo como un indicador de calidad en la atención. Concretamente en la estrategia 5.1 señala la necesidad de fortalecer la capacitación del personal de la red de atención en salud mental a través de la línea de

acción abocada a impulsar los programas de capacitación dirigida al personal de atención primaria en salud mental.

Inclusive el PAE define un indicador para fortalecer la cobertura de salud eligiéndose una herramienta concreta de capacitación presentada por la OMS en 2008: la guía mhGAP que forma parte del Programa de Acción para superar las brechas en salud mental. Esta proporciona una amplia gama de recomendaciones para facilitar la atención de alta calidad que brindan los profesionales de salud no especializados en los establecimientos del primer y segundo nivel de atención en áreas de escasos recursos basada en la gestión integrada de los trastornos prioritarios utilizando protocolos para la toma de decisiones clínicas.<sup>44,25</sup>

A pesar de lo anterior, el uso de estos instrumentos en México aún es incipiente ya que únicamente se ha implementado en 3 jurisdicciones de 3 estados (Jalisco, Nuevo León y la Ciudad de México) y no se ha valorado su efecto para mejorar los conocimientos del personal de atención primaria de forma sistemática y homogénea y ello no solo puede incidir en la calidad de la atención que el paciente recibe sino también en la competencia que el personal percibe de si mismo y por ello es pertinente ponerlo en marcha, documentar el proceso y evaluar si se producen cambios en el nivel de conocimientos.

Estudios como el de Gómez-Restrepo y colaboradores identificaron que el nivel de conocimientos del personal de primer contacto es deficiente y por ello diseñaron una intervención educativa para capacitar personal de primer nivel en el manejo de trastornos comunes como la depresión y sus resultados muestran que la estrategia permitió mejorar estas deficiencias.<sup>45</sup>

Resultados semejantes sobre el bajo nivel de conocimientos en el manejo de enfermedades mentales en la atención primaria fueron identificadas también por Hepner y colaboradores en el año 2007, quienes en un estudio observacional con 45 médicos de atención primaria identificaron que a menudo no abordaban el riesgo de suicidio, el consumo de alcohol y el tratamiento de largo plazo por lo cual la capacitación es indispensable.<sup>46</sup>

## **2.7 La atención a la salud mental en el primer nivel de atención**

En la Declaración de Caracas (OPS y OMS, 1990) se hizo hincapié en que la atención centrada en el hospital psiquiátrico tenía que ser reemplazada por una prestación de servicios descentralizada, participativa, integral, continua, preventiva y basada en la comunidad.<sup>47</sup> Esta visión compartida por la región de las Américas en su casi totalidad, intentaba incorporar la salud mental a los sistemas locales de salud (SILOS) extendiendo el abanico de las acciones extra hospitalarias mucho más allá de las intrahospitalarias, con la vista puesta no solo en la enfermedad sino y sobre todo en la salud.

Los pasos posteriores a la Declaración de Caracas permitieron comprobar la dificultad que enfrentaría la transformación de los sistemas de salud. Los datos sobre los SILOS en la región apuntaron a la necesidad de desarrollar tareas para fortalecer (o incluso crear) los programas de salud mental<sup>48</sup> tales como:

- Desarrollar Programas Nacionales de Salud Mental.
- Reorientar los Servicios de Salud Mental (de institucionales a comunitarios).
- Implementar acciones de control de los trastornos afectivos y las psicosis.
- Fortalecer las acciones de promoción de la salud mental y el desarrollo psicosocial de la niñez.
- Aumentar las asignaciones para programas de formación en salud mental.
- Mejorar la legislación y regulaciones para la protección de los derechos humanos.

No obstante los esfuerzos para cumplir esas directrices aun en el año 2005, el atlas mundial de salud mental señalaba que en América Latina y el Caribe persistían problemas relacionados con la falta de comprensión sobre la dificultad para incluir la salud mental en el primer nivel de atención y no solo trasladar el hospital psiquiátrico en una versión más pequeña a la comunidad, es decir centrada básicamente en la prevención secundaria en la atención al daño con estructuras hospitalarias diferenciadas que absorben la gran mayoría del presupuesto y del personal especializado.<sup>49</sup>

En el año 2008 se puso en marcha el Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) con la finalidad de dar una respuesta ante la falta de atención a personas con algún trastorno psiquiátrico; principalmente a los países en vías de desarrollo. Este programa arrancó de forma inicial en 5 países: Etiopía, Jordania, Nigeria, Panamá y Sierra Leona. Se centra en condiciones prioritarias de salud mental con una gran carga de enfermedad: depresión, psicosis, conductas suicidas, trastornos por uso de alcohol y trastornos por uso de otras sustancias. Posteriormente se desarrolló otra condición, el estrés. Estas condiciones se consideraron de gran importancia por la interferencia considerable con la capacidad de aprendizaje en la población infantil y con el funcionamiento global (personal, familiar, social y económico) en la población adulta.<sup>50,44</sup>

La implementación del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental en la Región de las Américas y su implementación fue valorada en 11 países, incluyendo México, como muy positiva pues el 87,5 % considera que funcionará para reducir la brecha de la atención en salud mental. Sin embargo, este último dato contrasta con la baja representatividad que tiene en las capacitaciones el grupo de médicos generales y los profesionales de enfermería, es decir, el más vinculado al primer nivel de atención y, por lo tanto, a la posibilidad de abordar la reducción de la brecha de atención.<sup>50</sup>

La estrategia ha sido desarrollada en países de distintas regiones convencidos de que la salud mental puede y debe ser incorporada a la atención primaria de salud tal como ocurre en España con el Grupo de Trabajo para la Promoción de la Salud Mental y la Prevención de sus Trastornos desde la APS, de la Sociedad Española de Medicina Familiar y Comunitaria, quienes señalan que la APS puede jugar un papel relevante en el nuevo concepto de abordaje de los problemas de salud mental considerado por la OMS, en el que la prevención y la detección temprana son retos necesarios en los que el primer nivel de atención puede tener un papel clave.<sup>51</sup>

A pesar de las dificultades, ciertamente se señala que existen alcances y nuevos retos relacionados con el cambio demográfico y epidemiológico que ha llevado

a los países de la región a emprender distintos esfuerzos.<sup>19</sup> En este sentido Latorre y colaboradores realizaron un estudio en la región española de Castilla- La Mancha, en el cual participaron 301 médicos de atención primaria en salud para saber el grado de conocimientos y a su vez su opinión sobre la demanda asistencial respecto a la salud mental; se incluyeron variables como la profesión, características sociodemográficas de los médicos, así como las dificultades percibidas en la atención en salud mental; resultando que el 63.5% consideró que al menos el 20% de las consultas estaban relacionadas con algún trastorno mental como lo es los trastornos de ansiedad (75.9%) y los trastornos del estado del ánimo (73.5%) y en lo general se consideró que una de cada cinco consultas son referentes a salud mental, en este sentido fue manifiesto que debería de existir mayor formación en específica en salud mental para poder subsanar la gran demanda de estos padecimientos principalmente en la identificación y evaluación de los diferentes trastornos mentales.<sup>52</sup>

Por otro lado, en América se tiene la experiencia desde el año 1996 en la conformación de equipos comunitarios y multidisciplinarios de salud mental en Uruguay, los cuales pretenden brindar un modelo comunitario incluyendo varias instituciones de asistencia. Estos modelos han mostrado ser eficientes ya que promueven una mejor adherencia terapéutica, menor tiempo en hospitalización psiquiátrica, menos hospitalizaciones y una mortalidad reducida por suicidio, considerándose estos modelos como factores protectores de los trastornos mentales.<sup>53</sup>

Así mismo en Colombia se implementó un modelo de salud mental aplicado a población de zonas urbanas y rurales entre los años 2005 y 2008 fueron tratados bajo ese modelo de salud mental en atención primaria 2,411 personas las cuales fueron diagnosticados según criterios DSM IV (Diagnostic And Statistical Manual Of Mental Disorders). Los resultados según el estudio, mostraban que el 90 % de la población que fue atendida mostraban mejoría en su condición (severidad de síntomas y funcionalidad). A pesar de que el estudio no concluye afirmando que la mejoría en la condición fue producto únicamente de la intervención psicoterapéutica, dado que no

se tuvo grupo control para comparar resultados, sin embargo, la mejoría clínica en estos usuarios fue considerable.<sup>54</sup>

Como es evidente, la introducción y fortalecimiento del componente de la salud mental en los sistemas de atención, enfrenta retos generales para su incorporación y alineación con los elementos presentes en los sistemas de salud y retos específicos asociados a cuestiones relacionadas con la concepción y puesta en marcha del componente de la salud mental. Lo anterior incluye tanto la dotación suficiente de unidades de atención, los recursos materiales y humanos, la organización de la atención médica y la comunicación entre las unidades (macrosistémicas), como las cuestiones referidas a las destrezas profesionales individuales adquiridas y perfeccionadas en la formación, la educación continua y la acreditación profesional (microsistémicas).<sup>55</sup>

Justamente algunos de los desafíos para proporcionar atención a personas con problemas de salud mental, especialmente en países de bajos y medianos ingresos, radican en el pequeño número de profesionales de la salud mental bien capacitados. Esta preocupación es recogida en el atlas regional de salud mental de las Américas 2015, que señala entre sus datos que el porcentaje de personal de atención primaria que recibió dos días, como mínimo, de capacitación fue de 2,7% para los médicos y 1,6% para las enfermeras y parteras<sup>56</sup>. Si bien es cierto los porcentajes señalados se incrementan en la región de Centroamérica, México y el Caribe Latino (con 4.3 y 2.3% respectivamente), no son ni remotamente representativos y constituyen un indicador de la magnitud de la tarea de capacitación.

## **2.8 Intervenciones educativas para fortalecer el componente de la salud mental**

El reto de capacitar al personal de salud en temas de salud mental no estriba únicamente en los contenidos sino y sobre todo en las formas elegidas para lograr la comprensión y el aprendizaje sostenido en el tiempo. Richard Atkinson y Richard Shiffrin desarrollaron la teoría multi almacén de la memoria, y reconocieron tres sistemas de memoria que se comunican e interactúan entre sí:

- a) Memoria sensorial (MS): registra las sensaciones y permite reconocer las características físicas de los estímulos.
- b) Memoria a corto plazo (MCP): guarda la información que necesitamos en el momento presente.
- c) Memoria a largo plazo (MLP): conserva nuestros conocimientos del mundo para utilizarlos posteriormente. Es nuestra base de datos permanente.

La memoria a largo plazo contiene conocimientos del mundo físico y de los conceptos. La información está bien organizada, facilitando su acceso cuando es oportuno. El código semántico permite establecer relaciones significativas entre la diversidad de conocimientos almacenados y lo más importante, respecto a su duración, es una estructura de almacenamiento estable y sus contenidos se mantienen durante unos minutos, varios años o toda la vida del individuo.<sup>57</sup>

En base a lo anterior existen tres modelos pedagógicos:

1. Pedagogía de la transmisión.

Es el enfoque tradicional, en el cual el formador (maestro) brinda de manera activa todo el conocimiento, mientras que el formado (alumno) tiene una postura meramente pasiva, generando una relación asimétrica y dependencia. Este modelo podría ser útil cuando se busca la obtención de un conocimiento a corto plazo con el riesgo explícito de modificar el conocimiento según las prácticas de trabajo, al no conocer el porqué del conocimiento y hacerlo únicamente según lo estipule el formador.

2. Pedagogía del adiestramiento.

Se trata de un tipo de enseñanza individualizada con el fin de obtener la eficiencia en cierto procedimiento en el cual el formador tiene en su poder los procedimientos a realizar, incluyendo la demostración de las labores a ejecutar y posteriormente, en la última etapa el aprendiz ejecuta la tarea dada de manera constante ya que este procedimiento recibe la retroalimentación del instructor para ir mejorando los procedimientos, sin embargo este modelo, al igual que el de transmisión genera conductas de dependencia hacia el formador o maestro haciendo un proceso

meramente técnico y sin la capacidad de razonar el porqué de los procedimientos en cuestión.

### 3. Pedagogía de la problematización.

Tiene la característica de ser un modelo de instrucción a profundidad, no solo se trata de la aplicación de los conocimientos obtenidos por el tipo de transmisión si no que existe la interacción dinámica entre las experiencias de los participantes junto con los aspectos teóricos, teniendo como fin principal la modificación de actitudes y enriquecimiento de conocimientos teóricos.

Las principales características del modelo de la problematización radican en la identificación de áreas de conflicto para posteriormente buscar fuentes de información para así comprenderlos y tratarlos desde el punto teórico. Alguno de los aportes de este modelo han sido de gran utilidad en las instituciones que otorgan servicios de salud ya que propicia la transformación de aptitudes para la modificación de prácticas y actitudes, permite también la generación de nuevos conocimientos y la actualización de los previamente obtenidos, así mismo desarrolla una conciencia grupal sobre el problema identificado.<sup>58</sup>

Elementos de los tres enfoques son recogidos en intervenciones educativas en todo el mundo, conformado un modelo eclético cuyo valor radica en su adaptación a las necesidades contextuales en el que se desarrolla. En todo caso, la evaluación y sistematización de esas experiencias permite identificar buenas practicas que pueden aportar elementos para desarrollar estudios más sólidos.

Blanco-Viera y colaboradores presentan un ejemplo que recoge ese principio de sistematización de experiencias en su estudio *A Guide for Planning and Implementing Successful Mental Health Educational Programs*<sup>62</sup> que revisa 78 artículos y sintetiza en tres puntos las lecciones que aportan las estrategias revisadas:

- 1) Los programas educativos son herramientas importantes para mejorar la calidad de la atención de la salud mental.

2) Existe la necesidad de desarrollar e implementar programas educativos para diferentes profesionales de la salud enfocados en problemas de salud mental.

3) Los programas deben incluir el uso de estrategias centradas en el participante con enfoques metodológicos motivantes e interactivos, temas centrados en cuestiones prácticas y estrategias para aplicar lo aprendido en la práctica cotidiana.

Como ya se señaló en diversos apartados de esta tesis, un proyecto que recoge en buena medida los señalamientos de Blanco-Viera, es el Programa de Acción en Salud Mental de la OMS que constituye una herramienta basada en la evidencia con intervenciones para la prevención y el tratamiento de trastornos mentales prioritarios. Esos trastornos fueron elegidos bajo criterios concretos como: a) representar una carga elevada en cuanto a mortalidad, morbilidad y discapacidad, b) generar grandes costos económicos y/o 3) asociarse a violaciones de derechos humanos. Ese programa provee una guía de intervención (mhGAP) basada en la evidencia que facilita la aplicación en entornos de atención de salud no especializada e incluye intervenciones sobre la base de su eficacia y factibilidad en países de ingresos bajos y medianos.<sup>25</sup>

Los resultados de la implementación del Programa de Acción en Salud Mental a través de la mhGAP son variados porque se han hecho adaptaciones que incluyen a diversos participantes tales como personal de salud no médico, médicos capacitados, estudiantes universitarios voluntarios, voluntarios entrenados y maestros de escuela. Una revisión sistemática que analiza 30 estudios publicados con el uso de esta metodología identifica, además de la amplia gama de perfiles de los participantes, que hay otras variantes tales como la cantidad de participantes, el número de horas en el que se impartió el curso y la cantidad y extensión de los temas abordados. A pesar esas variaciones metodológicas y las dificultades que ello ofrece para la comparación, los resultados son alentadores y ratifican la necesidad de documentar las experiencias de estos procesos puesto que la mhGAP se ha puesto en marcha en más de 90 países y frente a ello, 30 estudios publicados son un número muy limitado.<sup>59</sup>

## **II HIPÓTESIS**

Los conocimientos sobre el abordaje inicial de los trastornos mentales mejorarán de manera significativa después de una intervención educativa basada en la guía mhGAP dirigida a personal operativo del sistema DIF estatal en San Luis Potosí.

## **IV. OBJETIVOS**

### **4.1 General**

Evaluar el efecto de una intervención educativa al personal operativo del sistema DIF estatal en el abordaje inicial de trastornos mentales por medio de la guía mhGAP.

### **4.2 Específicos**

1. Caracterizar a la población estudiada según los datos sociodemográficos obtenidos.
2. Identificar el nivel de conocimientos para el abordaje inicial de trastornos mentales antes de la intervención educativa en el personal operativo del sistema DIF estatal.
3. Identificar el nivel de conocimientos inmediatamente después de haber recibido la intervención educativa y después de transcurridos tres meses.
4. Comparar el nivel de conocimientos modular y global antes y después de la intervención educativa.

## **V. METODOLOGÍA**

### **5.1 Tipo y diseño general del estudio**

El presente estudio se enmarcó en un enfoque cuantitativo, y pre-experimental ya que las comparaciones realizadas fueron con el mismo grupo participantes en tres momentos distintos y se realizaron tres mediciones sobre el nivel de conocimientos: antes de implementar la intervención, la segunda inmediatamente después de terminar la intervención y la tercera tres meses después de concluir la intervención educativa.

Las razones para realizar dos mediciones posteriores a la intervención radican en el objetivo de conocer la retención inmediata y la memoria de largo plazo de forma que posibilitara identificar si el incremento que normalmente se produce en el conocimiento al terminar las intervenciones, se sostiene en el tiempo y en todo caso cuál es la diferencia respecto al nivel inicial. Se clasificó además como un proyecto de intervención educativa dado que se diseñó una estrategia con contenidos y metodologías para promover el aprendizaje y modificar el nivel de conocimientos identificados al inicio. En relación al tiempo en el que se desarrollará el estudio se considera prospectivo, ya que el fenómeno se estudia del presente al futuro.

### **5.2 Límites de tiempo y espacio**

La intervención educativa se realizó en un total de 14 horas divididas en 2 sesiones en el lugar que se dispuso para el desarrollo de ellas en los municipios de Matehuala, Venado, Rioverde, Ciudad Valles, Axtla y San Luis Potosí capital. Estos municipios fungen como sedes de las coordinaciones municipales a lo largo del Estado de San Luis Potosí dentro del Sistema DIF de este Estado, con excepción al municipio de Axtla de Terrazas en el cual se realizó la intervención por disponibilidad de recursos en este municipio, siendo la sede de la coordinación No. VI el Municipio de Tamazunchale. La intervención se llevó a cabo a finales del mes de febrero e inicios del mes de abril, y para realizar la tercera medición en el mes de junio del 2018.

### **5.3 Universo de estudio**

El universo estuvo constituido por la totalidad de los trabajadores del sistema DIF del estado de San Luis Potosí.

### **5.4 Tipo de muestreo**

Debido a las necesidades del servicio de cada una de las coordinaciones del Sistema DIF la muestra se estableció por conveniencia.

### **5.5 Tamaño de la muestra**

Recibieron la intervención educativa 185 trabajadores del Sistema DIF del estado de San Luis Potosí.

### **5.6 Criterios de selección**

#### **5.6.1 Criterios de inclusión**

Personal operativo del Sistema DIF del Estado de San Luis Potosí. Personal profesional o no profesional. Personal con cualquier tipo de contratación contractual  
Personal con cualquier antigüedad laboral

#### **5.6.2 Criterios de exclusión**

Personal que al momento de la evaluación inicial se encontró ausente por la razón que fuese (licencia sindical, periodo vacacional, incapacidad médica)

Personal que no deseen participar en el estudio.

#### **5.6.3 Criterios de eliminación**

Se eliminó al personal que no concluyó la intervención educativa, ya sea por voluntad propia o por las siguientes causas: licencia sindical, periodo vacacional, incapacidad médica o por cuestiones administrativas, ajenas a los investigadores que impidieron concluir la tercera evaluación.

## **5.7 Intervención de capacitación**

Se abordaron los tópicos relacionados con la identificación y la canalización oportuna de los principales trastornos psiquiátricos en nuestro entorno según la guía mhGAP. Esta intervención se proporcionó en dos sesiones de 7 horas cada una, en ellas se revisaron los aspectos teórico- práctico por medio del análisis y discusiones grupales de los casos clínicos. (Anexo 1)

## **5.8 Operacionalización de variables**

En este estudio se definió como la variable dependiente el conocimiento para el abordaje de enfermedades mentales, que para los fines de este estudio se entendió como la identificación de los trastornos mentales más comunes en nuestro medio.

La variable independiente fue la intervención educativa que consistió en brindar un programa teórico - práctico sobre trastornos mentales tratados según la guía mhGAP. (Anexo 2)

## **5.9 Instrumento**

La evaluación de la guía mhGAP valora los conocimientos básicos en Salud Mental. Es un instrumento validado en nuestro país, realizado por la Organización Mundial de la Salud.<sup>33</sup>

La guía mhGAP forma parte del Programa de Acción para superar las brechas en salud mental, proporciona una amplia gama de recomendaciones para facilitar la atención de alta calidad que brindan los profesionales de salud no especializados en los establecimientos de atención en áreas de escasos recursos basada en la gestión integrada de los trastornos prioritarios utilizando protocolos para la toma de decisiones de atención e identificación de algún trastorno mental, para así referir de manera oportuna al especialista quien proporcionara el tratamiento indicado.<sup>44</sup>

Este cuestionario estuvo integrado por 4 módulos, el primero de ellos dirigido a recoger datos sociodemográficos y profesionales de los participantes que permitieron caracterizar a la población y los tres restantes dirigido a explorar el conocimiento sobre a) identificación, b) evaluación y c) decisión de canalización de cada uno de los

trastornos que se abordarán. El instrumento de recolección de información fue conformado como se muestra en el anexo correspondiente y se basó en los conocimientos señalados en la guía de mhGAP que se utilizó como base para impartir el curso de capacitación. (Anexo 3)

## **5.10 Procedimientos**

### **5.10.1 Para la aprobación del proyecto**

1. Una vez concluido el protocolo de investigación y aprobado por el comité académico de la Maestría en Salud Pública de la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP, fue enviado para su registro y revisión al comité de ética de la misma entidad.
2. Una vez aprobado por el comité de ética, se turnó a la Presidencia del Sistema DIF estatal de San Luis Potosí
3. Se obtuvieron los datos generales de los participantes y el diagnóstico inicial de conocimientos usando el instrumento propuesto por la OMS respecto a la evaluación de la guía mhGAP.
4. Se impartió la intervención educativa en base a la guía mhGAP y los casos clínicos generados para el curso.
5. Tras la intervención educativa se aplicó una segunda prueba de conocimientos, justamente al concluir la capacitación.
6. Tres meses después se volvió a aplicar la prueba para corroborar si los conocimientos obtenidos tras la intervención educativa aún están presentes en los participantes.

### **5.10.2 Para la recolección de los datos**

Para las mediciones se aplicó el mismo cuestionario en las tres mediciones propuestas de manera individual. Se estipuló un tiempo de 15 minutos para contestar 25 reactivos de opción múltiple; antes de la intervención para conocer los conocimientos previos a la intervención, post- intervención y a los tres meses después de la misma con el mismo tiempo estipulado en las tres mediciones.

### **5.10.3 Para el análisis estadístico**

Por la modalidad del presente estudio y según la utilidad de las herramientas bioestadísticas se utilizó la prueba de T-Student del software SPSS de IBM versión no. 20, con el objetivo de probar las diferencias entre las mediciones distintas, ya que consisten en una muestra de valores que han sido evaluadas en momentos diferentes como previamente se mencionó; así mismo se realizó una caracterización sociodemográfica en la cual se consideraron: el sexo, la edad, el tiempo de ejercicio laboral, el grado académico (licenciatura o escolaridad técnica en trabajo social) y municipio en el cual se labora.

### **5.11 Recursos humanos, materiales y financieros**

Se contó con recursos propios del investigador principal, así como los aportados por las coordinaciones municipales y Estatal del Sistema DIF.

## **VI. CONSIDERACIONES ÉTICAS**

### **6.1 Consideraciones éticas internacionales**

El protocolo del estudio se ciñó a lo establecido dentro de la Declaración de Helsinki,<sup>60</sup> particularmente a lo señalado en los artículos del apartado de principios básicos en los que se menciona:

- Todo proyecto de investigación biomédica que implique a personas debe basarse en una evaluación minuciosa de los riesgos y beneficios previsibles tanto para las personas como para terceros. La salvaguarda de los intereses de las personas deberá prevalecer siempre sobre los intereses de la ciencia y la sociedad.
- Debe respetarse siempre el derecho de las personas a salvaguardar su integridad. Deben adoptarse todas las precauciones necesarias para respetar la intimidad de las personas y reducir al mínimo el impacto del estudio sobre su integridad física y mental y su personalidad.
- En toda investigación en personas, cada posible participante debe ser informado suficientemente de los objetivos, métodos, beneficios y posibles riesgos previstos y las molestias que el estudio podría acarrear. Las personas deben ser informadas de que son libres de no participar en el estudio y de revocar en todo momento su consentimiento a la participación. Seguidamente, el investigador debe obtener el consentimiento informado otorgado libremente por las personas, preferiblemente por escrito.

### **6.2 Consideraciones éticas nacionales**

El presente protocolo se apegó a lo estipulado en la Ley General de Salud en materia de investigación para la salud. Por ello, en esta investigación se tomó en cuenta las disposiciones generales señaladas en los siguientes apartados: Capítulo I, Artículo 3º Fracciones I, III, ya que el estudio pretende aportar evidencias para mejorar la salud. Así mismo está de acuerdo con el Artículo 7, Fracción VIII ya que pretende

promover e impulsar la participación de la comunidad en el desarrollo de programas de investigación.<sup>61</sup>

De acuerdo a lo establecido en el Artículo 16, se protegió la privacidad del individuo identificándolo solo con un número. Cabe mencionar que la investigación se clasificó en la categoría de investigación de riesgo mínimo.

En consideración al artículo 20 se entiende por consentimiento informado el acuerdo por escrito, mediante el cual el sujeto de investigación o, en su caso, su representante legal autoriza su participación en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna y el artículo 22 sobre el consentimiento informado el cual se anexa: El consentimiento informado fue formulado por escrito y reuniendo los siguientes requisitos:

- I. Fue elaborado por el investigador principal, indicando la información señalada en el artículo anterior y de acuerdo a la norma técnica que emita la Secretaría.
- II.- Fue revisado y aprobado por la Comisión de Ética de la institución de atención a la salud.
- III.- Indicó los nombres y direcciones de un testigo y la relación que tenían con el participante.
- IV. Fue firmado por un testigo y por el participante.
- V. Se extendió por duplicado, quedando un ejemplar en poder del participante.

Sobre la Ley Federal de Protección de datos personales se atendió a lo siguiente:

Artículo 8.- Todo tratamiento de datos personales estará sujeto al consentimiento de su titular, salvo las excepciones previstas por la presente Ley. El consentimiento será expreso cuando la voluntad se manifieste verbalmente, por escrito, por medios electrónicos, ópticos o por cualquier otra tecnología, o por signos inequívocos.

Artículo 9.- Tratándose de datos personales sensibles, el responsable deberá obtener el consentimiento expreso y por escrito del titular para su tratamiento, a través de su firma autógrafa, firma electrónica, o cualquier mecanismo de autenticación que al efecto se establezca.

No podrán crearse bases de datos que contengan datos personales sensibles, sin que se justifique la creación de estas para finalidades legítimas, concretas y acordes con las actividades o fines explícitos que persigue el sujeto regulado.

Artículo 14.- El responsable velará por el cumplimiento de los principios de protección de datos personales establecidos por esta Ley, debiendo adoptar las medidas necesarias para su aplicación. Lo anterior aplicará aun y cuando estos datos fueren tratados por un tercero a solicitud del responsable. El responsable deberá tomar las medidas necesarias y suficientes para garantizar que el aviso de privacidad dado a conocer al titular, sea respetado en todo momento por él o por terceros con los que guarde alguna relación jurídica.

### **6.3 Sobre la carta de consentimiento informado**

La obtención de este consentimiento (Anexo No. 4) se ajustó a lo dispuesto en el título segundo, Capítulo I de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos, en lo que se refiere Artículo 13 “En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar y Artículo 14 (Fracción I, V, VI, VII) La Investigación que se realice en seres humanos deberá desarrollarse conforme a las siguientes bases:

I. Se ajustó a los principios científicos y éticos que la justifiquen y por ello se revisó la evidencia científica que permite formular la identificación del problema y la metodología para estudiarlo.

VI. Fue realizada por profesionales de la salud con conocimiento y experiencia para cuidar la integridad del ser humano, bajo la responsabilidad de una institución de atención a la salud que actuó bajo la supervisión de las autoridades sanitarias competentes y que cuente con los recursos humanos y

materiales necesarios, que garanticen el bienestar del sujeto de investigación. En este caso bajo la supervisión y guía de una institución educativa como la Facultad de Enfermería y Nutrición de la UASLP.

VII. Se contó con el dictamen favorable de las Comisiones de Investigación y Ética. En este caso, el Comité de Ética en Investigación (CEIFE), es el garante del respeto a los sujetos de investigación a quien deberá brindarse una explicación clara y completa.

Además de lo señalado es ese comité quién vigila que el proyecto cumpla los siguientes aspectos y sean comprensibles para los participantes:

I. Se debe informar claramente a la justificación y los objetivos de la investigación;

II. Los beneficios que puedan observarse.

III. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda acerca de los procedimientos, riesgos, beneficios y otros asuntos relacionados con la investigación y el tratamiento del sujeto.

IV. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen prejuicios para continuar su cuidado y tratamiento.

#### **6.4 Sobre la ausencia de conflicto de intereses y autorías**

El presente trabajo es responsabilidad del tesista Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo, de la directora Dra. Maribel Cruz Ortiz y los co-asesores Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra y la MSP. Karla Lorena Araujo Uresti, quienes no tienen conflicto de intereses derivados de la pretensión de obtener remuneración o ganancia económica u de otro tipo ajena a la académica. Lo anterior se establece de manera formal y con firma de conformidad por las personas ya señaladas.

En el propio anexo No. 5 se establecen las consideraciones correspondientes a los derechos de autoría y coautoría en las que se señala que para la publicación del primer artículo el primer autor será el tesista, compartiendo como segunda autora la

directora de tesis y los terceros autores los co-asesores. El orden de las autorías para sucesivas publicaciones será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los involucrados, todo ello con el consentimiento previo del autor principal.

Podrán participar como autores otros profesionales no señalados aquí, siempre y cuando los tres autores señalados estén de acuerdo y el orden de su autoría será de acuerdo a su participación.

### **6.5 Sobre el apoyo financiero para la difusión de resultados**

Los gastos generados por la publicación del primer artículo serán divididos en partes iguales por el tesista, la directora y los co- asesores. Los gastos de publicaciones sucesivas u otros medios de divulgación de resultados (cartel, ponencia, etc.), serán repartidos de común acuerdo entre los participantes.

### **6.6 Sobre la transferencia de los resultados**

Siendo concluida la investigación, se presentarán los resultados y entregarán en electrónico para ser evaluados y valorar su aplicación en campo a lo largo de las seis coordinaciones del Sistema DIF con las que cuenta el Estado de San Luis Potosí.

## VI. RESULTADOS

La intervención educativa fue realizada en el Sistema DIF del Estado de San Luis Potosí cuyas funciones se centran en promover, impulsar, coordinar e implementar programas, obras y acciones en materia de asistencia e inclusión social de la población en desventaja, para contribuir a su desarrollo integral, disminuyendo la pobreza y la marginación a través del ejercicio eficiente y transparente de los recursos públicos. El curso de intervención tuvo una duración promedio de 14 horas, y se desarrolló de forma completa en las 6 sedes previstas.

### 7.1 Caracterización de la muestra estudiada

El personal operativo que participó en la intervención, pertenece a las seis coordinaciones que agrupan los 58 Municipios como se muestra en la tabla 1.

**Tabla 1** Municipios agrupados en las 6 coordinaciones del Sistema DIF del Estado de San Luis Potosí

COORDINACIÓN	MUNICIPIOS INCLUIDOS
1. San Luis Potosí	Armadillo, Mexquitic, San Nicolás, Santa María, San Luis, Soledad, Villa de Arriaga, Villa de Reyes, Tierra Nueva, Zaragoza
2. Matehuala	Catorce, Cedral, Guadalucazar, Matehuala, Venegas, Villa de Guadalupe, Villa de la Paz, Villa Hidalgo
3. Venado	Ahualulco, Charcas, Moctezuma, Salinas, Santo Domingo, Venado, Arista, Ramos
4. Rioverde	Alaquines, Cárdenas, Ciudad del Maíz, Ciudad Fernández, Cerritos, Rayón, Rioverde, San Ciro de Acosta, Santa Catarina, Lagunillas, Villa Juárez
5. Cd. Valles	Aquismón, Valles, Ebano, El Naranjo, San Antonio, San Vicente, Tamasopo, Tampamolón, Tamuín, Tancahuitz, Tanlajás,
6. Axtla	Tamazunchale, Coxcatlán, Huehuetlán, Matlapa, San Martín, Axtla, Tampacan, Tanquian, Xilitla

Los temas que se incluyeron en la intervención educativa abarcaron: los trastornos depresivos, trastornos de ansiedad, trastornos psicóticos, trastorno por uso de sustancias, suicidio, estigma de la enfermedad mental, demencias, trastornos del desarrollo (retraso mental y entidades del espectro autista) señalados en la guía y se impartieron en una sola sesión que tuvo como promedio de duración 7 horas.

Las mediciones solo fue posible completarlas en 5 coordinaciones ya que en la coordinación que tiene por sede el municipio de Axtla de Terrazas no fue posible realizar la tercera medición por el surgimiento de problemas de inseguridad que obligaron a suspender la reunión ya agendada con ese propósito y ello contribuyó en buena medida a la disminución del tamaño de la muestra total de participantes.

En total recibieron la capacitación en el abordaje inicial de trastornos mentales 185 personas. De ellas, 158 (85.4%) fueron mujeres y 27 (14.6%) hombres. Sin embargo, la muestra que se analiza en este estudio la conforman 96 trabajadores que participaron en las tres mediciones de conocimiento (83 mujeres y 13 hombres).

Los 89 trabajadores eliminados correspondieron a 17 de la coordinación de Axtla que no pudieron tomar la 3ª capacitación por cuestiones de inseguridad y 17 de Matehuala, 6 de Rioverde, 17 de San Luis Potosí, 26 de Ciudad Valles y 6 de Venado que no acudieron a la última medición.

La media de edad fue de 36.1 años con rango de edad entre 20 y 59 años. Respecto a los años ejerciendo la profesión, la media se identificó en 10 años, sin embargo, lo más frecuente (moda) fue 1 año (12 personas).

Respecto a los datos por coordinación los resultados, se presentan en la tabla 2 tanto por sexo como por perfil profesional, incluyendo los profesionales en salud, otros perfiles profesionales no relacionados a la salud y personal no profesional.

**Tabla 2.** Distribución por sexo y perfil profesional de las coordinaciones participantes

	Matehuala	San Luis Potosí	Cd. Valles	Venado	Rioverde	TOTAL
Femenino	15	22	26	15	5	83
Masculino	3	2	2	5	1	13
Psicología	3	11	10	8	3	35
Trabajo Social	3	3	9	4	0	19
Enfermería	2	4	3	0	0	9
Otro	10	6	6	8	3	33
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>	<b>24</b>	<b>28</b>	<b>20</b>	<b>6</b>	<b>96</b>

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Los perfiles académicos de la muestra pueden enmarcarse en dos grupos: Un primero conformado por profesionales (65.6%) que se desempeñan con frecuencia en el ámbito sanitario. Entre ellos se destaca psicología con el 36%, seguido por Trabajo Social (19.7%) y Enfermería con (9.3%). Un segundo grupo lo integran trabajadores no profesionales con educación media superior o básica y profesionales no afines a la salud como agronomía, derecho e ingeniería en sistemas (34.3%).

La tabla 3 identifica la última capacitación recibida por los trabajadores incluidos en la muestra y es evidente que la gran mayoría de ellos no habían recibido capacitación nunca.

**Tabla 3** Última capacitación recibida sobre el tema de salud mental

Periodo	Frecuencia	Porcentaje
NUNCA	64	66.6
HACE MENOS DE DOS AÑOS	16	16.6
HACE MAS DE 2 AÑOS	16	16.6
Total	96	99.8

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

## 7.2 Nivel de conocimientos identificados en la evaluación previa a la intervención

El instrumento de valoración de conocimientos señala que la puntuación de cada afirmación oscila entre 0 y 1, correspondiendo el 0 a las respuestas incorrectas y por ello cuanto mayor sea la puntuación, mejor será el nivel de conocimientos. De esta forma, para la parte A la puntuación máxima correspondería a 11. La segunda parte del instrumento consta de 14 ítems que están direccionados a explorar el conocimiento de problemas específicos de salud mental de forma que la puntuación total es de 25 puntos.

La tabla 4 muestra las medias globales obtenidas por coordinación antes de la intervención educativa.

**Tabla 4** Medias globales por coordinación obtenidas en las medición pre intervención

COORDINACIÓN	MEDIA GLOBAL	RANGO DE PUNTUACIÓN EN EL GRUPO	CALIFICACIÓN GLOBAL MEDIA OBTENIDA
Matehuala	17.38	10-21	6.95
<b>San Luis Potosí</b>	<b>14.69</b>	<b>9-22</b>	<b>5.87</b>
Cd. Valles	15.92	10-20	6.36
Venado	16.65	11-21	6.66
Rioverde	15.83	11-20	15.66

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos

Esta medición permitió tener una línea de base para comparar las siguientes mediciones posteriores a la intervención que ocurrieron 1 mes y 3 meses después sin colocar ninguna medida de soporte.

La tabla permite identificar que el nivel medio global en la calificación inicial es semejante en las 5 coordinaciones. Respecto al rango de calificaciones obtenidas por los participantes, el más amplio se presentó en la coordinación de San Luis Potosí con nota de 3.6 para el participante con menor calificación (9 puntos) y 8.8 (22 puntos) para el más alto. También es posible ver que la coordinación de San Luis Potosí es la única que no logra llegar a 6 puntos o más. No obstante, eso, la presencia de participantes con notas no aprobatorias es homogénea en todas las coordinaciones oscilando entre 3.6 y 4.4 (9 y 11 puntos) como muestra la tabla.

Como ya se señaló, el instrumento fue construido en su primera parte para identificar de forma general las creencias más comunes en torno a las enfermedades mentales, al respecto la tabla 5 muestra las medias globales obtenidas por cada ítem antes del curso. Como puede verse el ítem que obtuvo una mayor media, es decir aquel que fue acertado por la mayor cantidad de participantes fue el 11 que requiere señalar si es falsa o verdadera la siguiente afirmación: *Preguntar a las personas acerca de ideas suicidas aumenta la probabilidad de suicidio*. La nota obtenida es de 8.8. En contraste, el ítem con menor cantidad de respuestas correctas fue el 10 con media de 1.6. De forma global el promedio obtenido para esta primera parte del instrumento fue de 6.1

**Tabla 5** Medias obtenidas respecto a creencias comunes sobre las enfermedades mentales en la medición pre intervención

		n= 96	
ITEM		Media	DE
1.	Las personas con trastornos mentales usualmente no pueden tomar decisiones relacionadas con su salud	<b>.55</b>	.499
2.	Las personas con trastornos mentales están mejor atendidas en los hospitales psiquiátricos	.72	.452
3.	Todas las personas con depresión deben ser tratadas con antidepresivos	.85	.355
4.	La demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento	.65	.481
5.	Es eficaz proporcionar asesoramiento breve a las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol.	.68	.470
6.	Los trastornos mentales son comunes en niños y adolescentes	<b>.32</b>	.470
7.	La administración de diazepam por vía intramuscular es el tratamiento de preferencia para detener las crisis convulsivas agudas.	<b>.57</b>	.497
8.	La depresión crónica grave de una madre puede conducir a retraso en el desarrollo de sus hijos	.67	.474
9.	Si el niño muestra hiperactividad y falta de atención, entonces la medicación es usualmente necesaria	.65	.481
10.	Las inyecciones de vitaminas deben ser usadas rutinariamente para el tratamiento de síntomas somáticos sin causa orgánica	<b>.16</b>	.365
11.	Preguntar a las personas acerca de ideas suicidas aumenta la probabilidad de suicidio	.89	.320

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

La guía mhGAP responde a los problemas de salud mental identificados en la problemática global, por esa razón en el instrumento de valoración de conocimientos aparecen cuestiones relacionadas con problemas del desarrollo como el trastorno por déficit de atención, neurodegenerativos como la demencia o de orden psicosocial como el consumo de alcohol y drogas.

La segunda parte del instrumento consta de 14 ítems que están direccionados a explorar el conocimiento de acciones a implementar en problemas específicos de salud mental. Las puntuaciones se estiman tomando las mismas consideraciones que en la sección A y se muestran en la tabla 6.

**Tabla 6** Medias obtenidas respecto a conocimientos específicos sobre identificación y tratamiento de enfermedades mentales en la medición pre intervención

n= 96

ITEM	Media	DE
12. La depresión a menudo se manifiesta con dolor físico indefinido y fatiga	.61	.489
13. Usualmente el tratamiento solo se debe ofrecer si la depresión afecta el funcionamiento diario de la persona	.73	.447
14. Una persona con depresión puede tratar de participar en actividades sociales lo más posible	.82	.384
15. Una joven de 22 años dice que oye voces que nadie más puede oír y que está convencida de que alguien quiere hacerle daño, es probable que tenga psicosis	.80	.401
16. En relación con el tratamiento de la psicosis aguda se necesita dar seguimiento a intervalos frecuentes	<b>.15</b>	.355
17. En relación con la epilepsia, dos crisis convulsivas en el último año es razón suficiente para iniciar la administración de medicamentos antiepilépticos	.21	.408
18. En relación con los medicamentos antiepilépticos, los medicamentos antiepilépticos se deben suspender después de transcurridos dos años de la última crisis epiléptica	<b>.94</b>	.243
19. Después de un intento suicida es necesario quitar los medios de autolesión	.42	.496
20. Las personas pueden tener problemas con el alcohol aun si solo ingieren alcohol una vez al mes	.85	.355
21. Es esencial evaluar el nivel de estrés de los cuidadores (por ejemplo, miembro de la familia) y apoyarles.	<b>.94</b>	.243
22. En relación al tratamiento de un niño con retraso en el desarrollo, Es necesario explicar a la familia que el niño puede aprender nuevas habilidades	.72	.452
23. En relación al tratamiento de un adolescente con conducta agresiva y desobediencia persistente, Es necesario proporcionar consejos a la familia y a los maestros	.85	.355
24. En relación al trastorno por uso de drogas, Es conveniente discutir con la persona sus ideas acerca de los beneficios percibidos y posibles daños por el consumo de drogas	.56	.499
25. En relación al tratamiento farmacológico de las personas con trastornos mentales Los antidepresivos solo se deben administrar a los adolescentes después de haber intentado el tratamiento psicosocial sin resultados	.61	.489

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Los ítems relacionados con psicosis y epilepsia arrojan puntuaciones muy bajas (.15 y .21 respectivamente), aunque en el promedio global de esta sección se obtiene una calificación media de 6.57 y se identifica el ítem 21 relacionado con el manejo del

estrés del cuidador, con puntuación media alta. De forma resumida, si tomamos como base la transformación de las puntuaciones globales medias en calificaciones en escala de 1 a 10 tomando en donde la mejor nota es 10, los datos indican que el conocimiento identificado antes de la intervención es solo suficiente.

### 7.3 Nivel de conocimientos identificados en la evaluación mediata después de la intervención

Después de tres meses de terminar el curso, se aplicó nuevamente el cuestionario de evaluación, obteniendo las puntuaciones mostradas en la tabla 7 que arrojan una calificación global media de 7.0 lo cual representa un incremento de 1 punto respecto a la evaluación inicial. En la tabla 7 se ha colocado negritas a aquellos ítems en los que se generó incremento en la media y rojo para los que descendieron en su media lo cual refleja un decremento en el nivel de conocimiento.

**Tabla 7** Medias obtenidas respecto a creencias comunes sobre las enfermedades mentales en la medición post intervención (a los tres meses)

n= 89			
ITEM	Media	DE	
1. Las personas con trastornos mentales usualmente no pueden tomar decisiones relacionadas con su salud	<b>.81</b>	.394	
2. Las personas con trastornos mentales están mejor atendidas en los hospitales psiquiátricos	<b>.78</b>	.417	
3. Todas las personas con depresión deben ser tratadas con antidepresivos	<b>.83</b>	.376	
4. La demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento	<b>.88</b>	.322	
5. Es eficaz proporcionar asesoramiento breve a las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol.	<b>.71</b>	.458	
6. Los trastornos mentales son comunes en niños y adolescentes	<b>.41</b>	.495	
7. La administración de diazepam por vía intramuscular es el tratamiento de preferencia para detener las crisis convulsivas agudas.	<b>.59</b>	.495	
8. La depresión crónica grave de una madre puede conducir a retraso en el desarrollo de sus hijos	<b>.84</b>	.367	
9. Si el niño muestra hiperactividad y falta de atención, entonces la medicación es usualmente necesaria	<b>.75</b>	.437	
10. Las inyecciones de vitaminas deben ser usadas rutinariamente para el tratamiento de síntomas somáticos sin causa orgánica	<b>.31</b>	.463	
11. Preguntar a las personas acerca de ideas suicidas aumenta la probabilidad de suicidio	<b>.88</b>	.322	

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Las puntuaciones mostradas nos permiten calcular que en más del 80% de los ítems se incrementó la media, aunque los ítems relacionados con depresión y suicidio

disminuyeron ligeramente su calificación y es necesario establecer medidas porque ambos temas son prioritarios para el Estado.

Las medias pos intervención por ítem de la sección B se muestran en la tabla 8.

**Tabla 8** Medias obtenidas respecto a conocimientos específicos sobre identificación y tratamiento de enfermedades mentales en la medición post intervención (a los tres meses)

n= 89			
ITEM	Media	DE	
12. La depresión a menudo se manifiesta con dolor físico indefinido y fatiga	.88	.322	
13. Usualmente el tratamiento solo se debe ofrecer si la depresión afecta el funcionamiento diario de la persona	.76	.431	
14. Una persona con depresión puede tratar de participar en actividades sociales lo más posible	.88	.322	
15. Una joven de 22 años dice que oye voces que nadie más puede oír y que está convencida de que alguien quiere hacerle daño, es probable que tenga psicosis	.86	.346	
16. En relación con el tratamiento de la psicosis aguda se necesita dar seguimiento a intervalos frecuentes	.69	.463	
17. En relación con la epilepsia, dos crisis convulsivas en el último año es razón suficiente para iniciar la administración de medicamentos antiepilépticos	.24	.431	
18. En relación con los medicamentos antiepilépticos, los medicamentos antiepilépticos se deben suspender después de transcurridos dos años de la última crisis epiléptica	.34	.475	
19. Después de un intento suicida es necesario quitar los medios de autolesión	.88	.322	
20. Las personas pueden tener problemas con el alcohol aun si solo ingieren alcohol una vez al mes	.54	.501	
21. Es esencial evaluar el nivel de estrés de los cuidadores (por ejemplo, miembro de la familia) y apoyarles.	.91	.294	
22. En relación al tratamiento de un niño con retraso en el desarrollo, Es necesario explicar a la familia que el niño puede aprender nuevas habilidades	.95	.224	
23. En relación al tratamiento de un adolescente con conducta agresiva y desobediencia persistente, Es necesario proporcionar consejos a la familia y a los maestros	.62	.488	
24. En relación al trastorno por uso de drogas, Es conveniente discutir con la persona sus ideas acerca de los beneficios percibidos y posibles daños por el consumo de drogas	.80	.402	
25. En relación al tratamiento farmacológico de las personas con trastornos mentales Los antidepresivos solo se deben administrar a los adolescentes después de haber intentado el tratamiento psicosocial sin resultados	.73	.448	

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Las puntuaciones en esta tabla permiten identificar el comportamiento paradójico de dos ítems: el 18 relacionado con el uso de medicamentos antiepilépticos que pasó de .94 a .34 y el 20 relacionado con la identificación de problemas con el alcohol que pasó de .85 a .54. No obstante que la media global en su conjunto mejoró, es necesario identificar si particularmente en estos temas es posible mejorar la metodología puesto que las puntuaciones retrocedieron incluso por debajo del nivel que tenían antes de la intervención.

Además de lo anterior los estadísticos descriptivos también nos permiten identificar el rango de puntuaciones obtenidas y comparar su evolución antes y después de la intervención. Al respecto es necesario señalar que en la medición pre intervención los rangos de puntuación se situaron entre 9 y 22 puntos mientras que en la medición realizada tres meses después oscilaron entre 12 y 23.

#### 7.4 Comparación en la evolución del nivel de conocimientos

La intervención planteó realizar una comparación en tres momentos que reflejan 1) el conocimiento previo a la realización de la intervención educativa; 2) justo al terminar la intervención en el mismo día y 3) tres meses después con el propósito de verificar el aprendizaje preservado en el tiempo. Las medias globales previas por coordinación se muestran en la tabla 9 en la que se resalta que es la coordinación 1 la que presentó el nivel más bajo y por debajo del mínimo aceptable ubicado en 6 puntos.

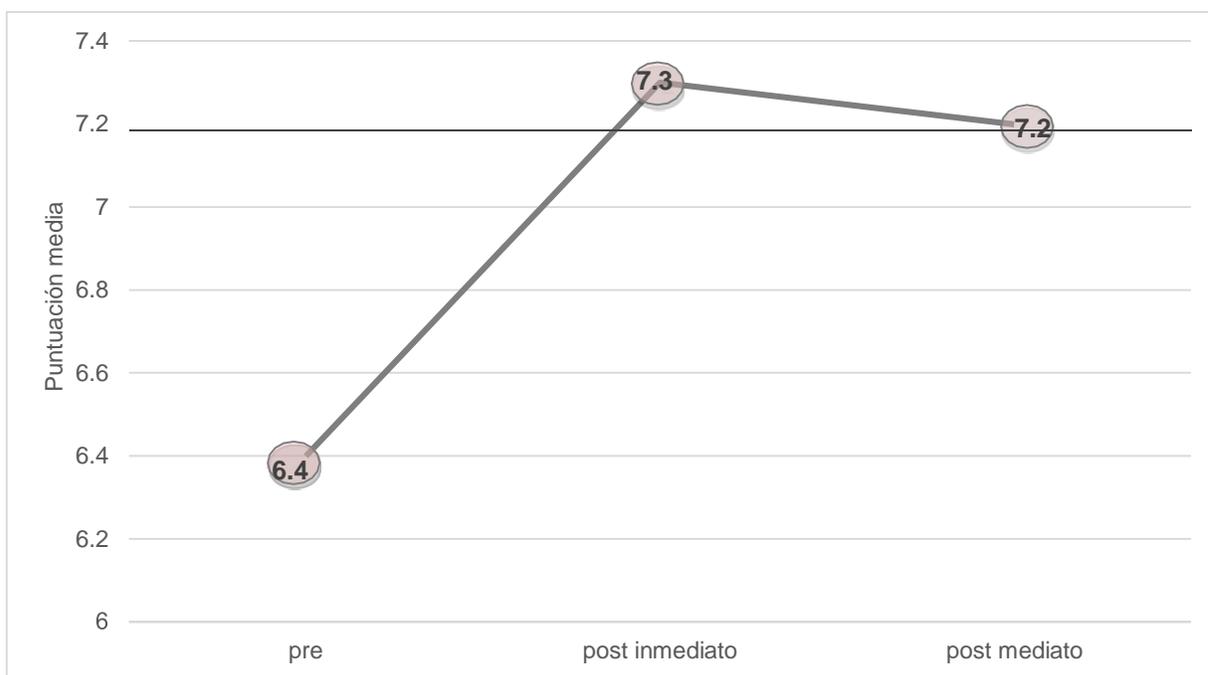
**Tabla 9** Medias globales por coordinación obtenidas en las medición pre-intervención

COORDINACIÓN	MEDIA GLOBAL	RANGO DE PUNTUACIÓN EN EL GRUPO	CALIFICACIÓN OBTENIDA
Matehuala	17.38	10-22	6.95
<b>San Luis Potosí</b>	<b>14.69</b>	<b>9-22</b>	<b>5.87</b>
Cd. Valles	15.92	10-20	6.36
Venado	16.65	11-21	6.66
Rioverde	15.83	13-19	6.33

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos

Las puntuaciones globales obtenidas de forma general con el instrumento de evaluación permitieron obtener tres puntos de comparación que corresponden a los tres momentos descritos: previo a la intervención educativa, posterior a la misma y a los tres meses que se muestran en el gráfico 1.

**Gráfico 1** Evolución de las puntuaciones referidas a conocimientos en el abordaje pre y post intervención con la guía mhGAP



Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Tras el análisis estadístico aplicando T de Student, el resultado obtenido tiene diferencias estadísticamente significativas ( $p < 0.05$ ). En la comparación entre la primera medición pre- intervención y la medición en los conocimientos tres meses después de haber recibido la intervención educativa, por lo que se confirma que la intervención educativa fue eficaz incrementando los conocimientos en el abordaje inicial de los trastornos mentales (tabla 10).

**Tabla 10** . Prueba T-Student para muestras relacionadas entre la pre-intervención y la post intervención a los tres meses

Media	Desviación tip.	95% de intervalo de confianza Inferior	95% de intervalo de confianza Superior	Sig. (bilateral)
-1.95	3.23	-2.63	-1.27	0.000

FUENTE: Elaboración propia a partir de base de datos

Respecto a las diferencias particulares por trastorno y desglosando los reactivos propios de cada uno de estos, resulto una mejoría estadísticamente significativa para la mayoría de los trastornos respecto a los conocimientos obtenidos tras la intervención educativa. Sin embargo, para los Trastornos por uso de sustancias, TDAH, psicosis y suicidio, aunque hubo mejoría en los puntajes finales no hubo significancia tras el análisis estadístico (Tabla 11).

**Tabla 11.** Prueba T- Student por trastorno mental para evaluar el efecto de curso mhGAP

Tópico	Primera Medición		Intervalo de confianza al 95%		Significancia estadística
	Media	Desv.	Inferior	Sup.	<i>p</i>
Estigma	-0.5	1.40	-0.8	-2.0	0.001
T. Depresivos	-6.29	1.31	-0.90	-0.35	<0.001
T. Sustancias	-0.89	0.99	-2.99	0.11	0.37
Demencia	-0.32	0.68	-0.47	-0.18	<0.001
Epilepsia	-0.25	1.13	-0.49	-0.19	0.034
TDAH	-0.11	0.59	-0.23	0.12	0.77
Psicosis	0.44	0.86	-0.13	0.22	0.625
Suicidio	0.02	0.54	-0.91	0.13	0.697
Somatomorfos	-0.17	0.51	-0.28	-0.71	0.001

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos. Significancia  $p < 0.05$ .

Para finalizar, en la tabla 12 se describen los resultados obtenidos por perfil profesional al comparar la primera con la tercera medición tomando en cuenta los 25 reactivos que comprende la guía mhGAP.

Se puede destacar que todos los grupos de profesionales mejoraron sus puntuaciones medias respecto a su nivel inicial, pero es el grupo de trabajo social el que presentó un crecimiento mayor puesto que aumentó en casi 3 puntos la media general entre la primera y la última medición. En la primera medición se obtuvo una media de 15.58, una mínima de 10 y máxima de 20 evolucionando en la tercera medición a una media de 18.52, con mínima de 15 y máxima de 23. Si consideramos que el instrumento tiene un valor máximo de 25 puntos que darían una calificación de

10, es posible identificar que todos los participantes de trabajo social resultaron aprobados en la tercera medición con por lo menos un 6 de calificación (15 puntos).

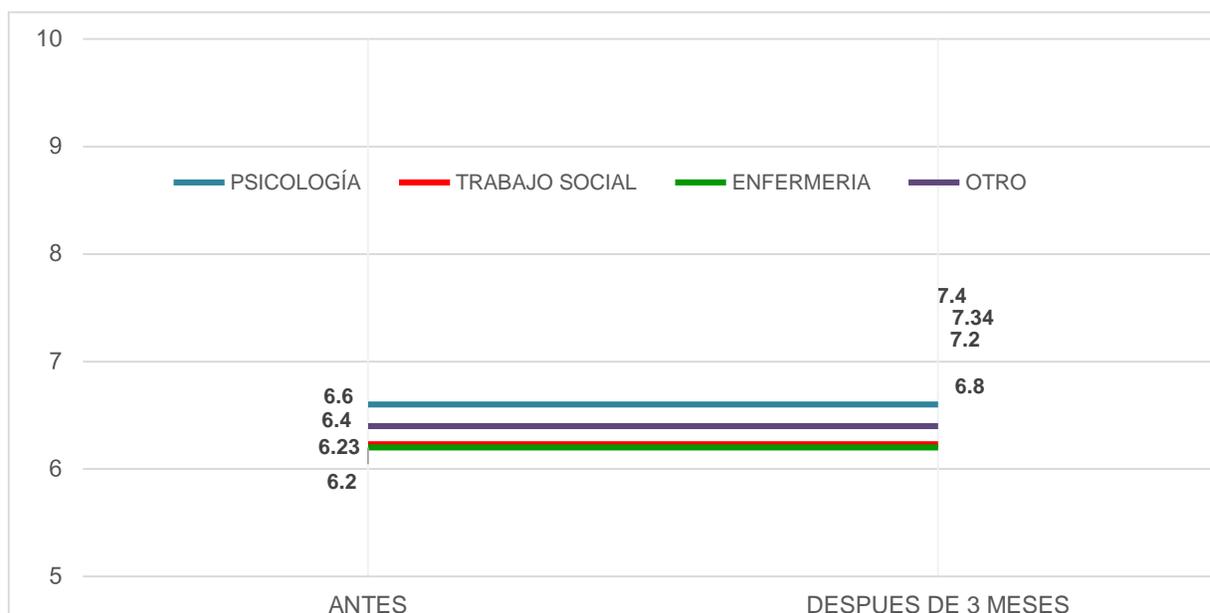
**Tabla 12.** Resultados obtenidos por perfil profesional sobre conocimientos adquiridos con curso mhGAP

	Primera Medición			Tercera Medición		
	Media	Mínima	Máxima	Media	Mínima	Máxima
Psicología	16.52	9	22	17	13	22
Trabajo Social	15.58	10	20	18.52	15	23
Enfermería	15.52	12	20	18.37	14	22
Otros	16	9	22	18	12	21

Fuente: Elaboración propia a partir de la base de datos

Al llevar las medias de la tabla 12 a puntuaciones en una escala de 0 a 10 considerando 25 puntos como 10, se genera el gráfico 2 en el que en primera instancia se observa como las medias por profesión antes de la intervención superan en todos los casos los 6 puntos, de manera que si tomamos la lógica de una escala académica podemos considerar que en los promedios aprueban todos.

**Gráfico 2** Evolución de las puntuaciones referidas a conocimientos en el abordaje pre y post intervención con la guía mhGAP



Si en la misma gráfica se observa el comportamiento ocurrido entre la medición obtenida antes de la intervención y la que se produjo 3 meses después de realizada la intervención educativa, se observa que en todos los casos aumenta.

No obstante el incremento de puntuaciones de todas las medias, el comportamiento es diferenciado notándose más en el caso de los profesionales de la psicología en quienes el incremento genera una tendencia casi aplanada que denota poco cambio si se compara con los otros grupos de profesionales como se muestra en el gráfico.

## VII DISCUSIÓN

La evidencia sobre la eficacia en las intervenciones educativas en salud ha sido corroborada a lo largo del tiempo por la literatura internacional. El caso de los programas de capacitación en salud mental también ha reportado éxito. Un ejemplo de lo anterior es la revisión sistemática publicada en la primavera del 2018 por Blanco-Vieira, Da Cunha Ramos y colaboradores, quienes revisaron 77 artículos (desde 1989 hasta febrero del 2017) publicados en los Estados Unidos de Norteamérica, Brasil, India, Chile e Irán en los cuales se diseñaron intervenciones educativas dirigidas a médicos de primer contacto o primer nivel de atención, profesionales en enfermería, trabajadores sociales, médicos pediatras, ginecólogos, psicólogos, geriatras así como a perfiles profesionales no relacionados con la salud.<sup>62</sup>

Los resultados obtenidos en el estudio señalado confirmaron una tendencia hacia la mejoría en los conocimientos tras la intervención educativa aun en aquellos grupos conformados por profesionales sin perfiles sanitarios. Esto confirma la pertinencia de desarrollar estrategias en instituciones como la abordada en este trabajo de tesis, donde el grupo seleccionado por sus autoridades para recibir la capacitación estuvo conformado en un 33.7% por trabajadores no profesionales con educación media superior o básica y profesionales no afines a la salud.

Las intervenciones educativas respecto al abordaje de problemas de salud mental, también han reportado beneficios cuando se implementan en profesionales no sanitarios. Un ejemplo de lo anterior es el estudio de Lasisi D, Ani C y colaboradores quienes en su estudio desarrollado en el noroeste de Nigeria en 2017 con docentes de educación básica reportaron mejoría significativa en los conocimientos sobre el trastorno de déficit de atención e hiperactividad posterior a la intervención educativa.<sup>63</sup> Estos resultados contrastan con lo obtenido en nuestro estudio, en donde el tema del TDAH fue uno de los tres que no obstante incrementó sus puntuaciones finales, no reportó diferencia significativa tras el análisis estadístico.

Esos resultados podrían estar relacionados con el perfil profesional de la muestra, ya que a diferencia del estudio de Lasisi D, los profesionales sociosanitarios

no se encuentran en relación constante con población infantil en contexto educativo, experiencia que pudiera facilitar la identificación de este trastorno en específico. A pesar de que el incremento en las puntuaciones no fue estadísticamente significativo, es digno de mencionar que tras la tercera evaluación aplicada a los tres meses de haber impartido la intervención educativa, se identificaron diferencias respecto a las puntuaciones obtenidas y fueron las profesionales del trabajo social quienes mostraron mejoría notable sobre los otros perfiles.

Una de las dificultades identificadas en los estudios de intervención, es justamente la carencia de materiales que permitan acercarse de manera efectiva a trabajadores de la salud no especializado y esto es necesario porque de acuerdo al Atlas de la Salud Mental los recursos especializados son escasos.<sup>49</sup> Por lo señalado, la OMS estableció en su Programa de Acción para Superar la Brecha en Salud Mental la necesidad de utilizar herramientas basadas en evidencia para la evaluación y gestión integrada de trastornos prioritarios utilizando protocolos de toma de decisiones clínicas. Esos materiales están dirigidos a trabajadores de atención primaria de salud no especializados a través de la guía de intervención (mhGAP) que ha sido utilizada también en esta tesis. Una revisión sistemática realizada con resultados de la implementación del programa de acción y la guía mhGAP en países de bajos y medianos ingresos<sup>59</sup> reportan la factibilidad de adecuarla a las necesidades del contexto ya que se informa que se ha puesto en marcha a través de cursos de capacitación, implementaciones clínicas, intervenciones de control o desarrollo de escalas de calificación lo cual es importante ya que cada vez más se reconocen los efectos de los factores contextuales en la implementación de intervenciones en salud basadas en la práctica clínica.

En el caso del estudio desarrollado, las adecuaciones realizadas a la intervención educativa estuvieron centradas sobre todo en el tipo de personal que acudió y que se encuentra de cara al público en programas operativos que tienen niños, adolescentes, adultos y adultos mayores en situaciones de vulnerabilidad social o económica, puesto que esas son las características que reúne la población atendida por el DIF estatal.

El trabajo realizado por Echeverri, Le Roy y colaboradores en 7 países de África Subsahariana (Camerún, Chad, Etiopía, Congo, Kenia, Uganda y Tanzania) comprueban la tendencia al mejoramiento y permanencia del conocimiento en el personal asistencial sin formación médico-clínica o relacionada con la salud utilizando la guía mhGAP al igual que nuestro estudio. Es importante mencionar que el estudio de Echeverri y colaboradores fue llevado a cabo con otra metodología ya que ellos dividieron a sus participantes en dos grupos, uno incluyó profesionales con perfil en salud (medicina, enfermería general, enfermería psiquiátrica y psicología) y el otro grupo a personas pertenecientes a las comunidades donde se aplicó el estudio por lo que se realizaron modificaciones y adecuaciones según la lengua nativa de cada región. En ese estudio se utilizó la guía mhGAP en su adaptación HIG, la cual está diseñada para emergencias o catástrofes humanitarias en poblaciones que sufrieron algún evento adverso y cursan con estrés postraumático y duelos complicados principalmente.

Como resultados interesantes, en el grupo de personas con el perfil profesional en salud se encontró una disminución en el uso de analgésicos en la población con síntomas psicosomáticos y una reducción significativa en el uso de psicofármacos y en el grupo en el cual no existió un perfil profesional relacionado con la salud hubo una mejoría de casi el 97% en los conocimientos respecto a los trastornos mentales, enfermedades neurológicas y trastornos por uso de múltiples sustancias. En ambos grupos mejoraron de manera significativa las estrategias de intervenciones psicosociales, identificación de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias, así como los procesos de psicoeducación a la población en general. Además en ambos grupos cambió la actitud ante la enfermedad mental disminuyendo en gran medida el estigma respecto a estas entidades.<sup>64</sup>

Un apartado importante que también ha sido descrito previamente es el apartado de “estigma” sobre los trastornos mentales, el cual es considerado en el estudio realizado por Mutiso V, Pike K, et al. en Kenia en el mes junio del 2018 donde también existió significancia en los conocimientos generales sobre los trastornos

mentales, empero en este estudio se realizaron 2 mediciones; la primera antes de la intervención y posteriormente la segunda medición 6 meses después.<sup>65</sup>

Debido a las grandes necesidades en la atención mental en Etiopía, donde la relación de profesionales en salud mental es tan baja como: 0.05 médicos psiquiatras y 0.04 psicólogos por 100, 000 habitantes, la guía mhGAP fue incluida en un programa de capacitación con duración de 5 días en personal del primer nivel de atención incluyendo médicos generales, enfermeras, trabajadores sociales e incluso promotores de salud. Al igual que en nuestro estudio los participantes realizaron una prueba pre-test y una posterior al programa educativo, pero además cada 6 meses los participantes recibieron una actualización sobre los temas que abarca la guía mhGAP. Estos resultados son relevantes para contrastar los obtenidos en el trabajo desarrollado para esta tesis dado que, si bien se presentó un incremento significativo y permanencia luego de tres meses de impartido el curso, el paso del tiempo sin medidas de retroalimentación puede hacer que el nivel de conocimiento retroceda a los niveles iniciales.<sup>66</sup>

Por otra parte, el estudio señalado arriba duró poco más de tres años y reportó un incremento significativo en los conocimientos en la identificación de trastornos mentales, uso de sustancias y entidades neurológicas respecto a la medición basal en el personal operativo del primer nivel de atención, pero también reportó que en una de las siete poblaciones en las que se aplicó la intervención no hubo buenos resultados y que probablemente la razón estuvo asociada a cuestiones económicas que limitaron tanto el trabajo de los instructores como de los participantes.<sup>66</sup> La identificación de estas problemáticas apuntan a la necesidad de gestionar la incorporación de estrategias como la mhGAP a los programas de educación continua y a los programas de formación de grado y posgrado de forma que sus elementos sean incorporados en la práctica cotidiana.

Otro estudio más reciente llevado a cabo en Pakistán demuestra la tendencia de la mejoría en los conocimientos obtenidos tras la intervención educativa propuesta por la OMS a través de la mhGAP. Datos del año 2009 refieren que existían

aproximadamente 342 médicos psiquiatras en una población total de 182 millones de habitantes, (0.20 por 100,000hab.) por lo que esta deficiencia aunado a los conflictos bélicos de la región motivó a la realización del programa de capacitación en trabajadores del primer nivel de atención con énfasis en las estrategias psicosociales como: la psicoeducación, para la identificación y control del estrés, terapia de resolución de conflictos para el manejo de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. Los resultados son semejantes a los de nuestro estudio ya que reportan una mejoría significativa en los conocimientos adquiridos, obteniendo una calificación pre-intervención de 62% y post intervención de 78% en las calificaciones globales contenidas en la prueba de la guía mhGAP que contiene 25 reactivos. <sup>67</sup>

Respecto al trastorno depresivo mayor (TDM) como único tópico revisado, se publicó recientemente en Indonesia un estudio en el cual se establecieron las pautas de la guía mhGAP con énfasis en el TDM en médicos de primer nivel de atención y se observó que existió un incremento estadísticamente significativo en los conocimientos para la identificación de ese trastorno. No obstante, esa mejoría no fue significativa al ser validados los diagnósticos por médicos especialistas en psiquiatría debido a las similitudes sindromáticas entre el TDM y los trastornos de ansiedad, pero da una pauta para considerar futuras intervenciones centradas en tópicos específicos bien con la finalidad de profundizar en el tema o bien como parece ser necesario en nuestro estudio, para reforzar áreas que no reportaron mejoría global. <sup>68</sup>

Llama la atención que la guía mhGAP abarca más temas como lo son: psicosis, uso y abuso de sustancias, epilepsia, trastornos bipolares y los trastornos del desarrollo, sin embargo, no fueron considerados en algunos de los estudios descritos previamente. Una de las fortalezas del estudio desarrollado en esta tesis de maestría fue el desglose de cada una de las patologías y el efecto post-intervención en los conocimientos en cada una de ellas por lo que es importante continuar con los procesos de intervención educativa en el personal que este en contacto con usuarios que pudiesen tener un trastorno mental sin importar el perfil profesional.

En lo que respecta al reconocimiento de las debilidades de este estudio, es preciso destacar el hecho de que no fueron aplicadas herramientas de multimedia o el uso de la red en tiempo real (e-learning) y aunque ello obedeció a dificultades propias del trabajo de campo y las características de los contextos abordados, se anticipa que puede mejorar e incorporarse la aplicación móvil que justo aparece ya disponible en versión libre asesorada por la OMS. En este sentido y por las limitantes institucionales en los tiempos brindados y con el afán de no interrumpir el trabajo operativo del personal que recibió la intervención educativa se constató que el tiempo para llevar a cabo la intervención tendría que ser como lo estipula la OMS para así complementar el material didáctico como el análisis de flujogramas para la toma de decisiones y la proyección de los videos de este curso.

## **IX CONCLUSIÓN**

El fortalecimiento del conocimiento y la generación de este a través de las intervenciones educativas generan nuevas y más herramientas destinadas a mejorar la atención en salud en cualquier área. Es de suma importancia favorecer este tipo de intervenciones en las instituciones de salud con el objetivo de brindar atención oportuna, eficaz y de calidad, incluso con un impacto positivo en la reducción de costos de atención especializada y de hospitalizaciones prolongadas.

Tras la realización de este estudio y el análisis estadístico, se comprobó la hipótesis de que un mejoramiento significativo en los conocimientos sobre el abordaje inicial de los trastornos mentales ocurriría después de una intervención educativa basada en la guía mhGAP dirigida a personal operativo del sistema DIF estatal en San Luis Potosí.

Siguiendo el objetivo general, se logró evaluar el efecto de la intervención educativa al personal operativo del sistema DIF estatal en el abordaje inicial de trastornos mentales por medio de la guía mhGAP, resultado este en un incremento estadísticamente significativo en los conocimientos. Así mismo, se realizó una caracterización sociodemográfica de los participantes en este estudio, resultando el sexo femenino como el sexo predominante en los participantes del presente estudio, destacando como perfil los profesionales de las áreas afines al campo de la salud pero también una cantidad importante de no profesionales, lo cual señala claramente la necesidad de estrategias como la que se desarrolló en este trabajo.

Se identificó en general, un nivel de conocimientos bajo para el abordaje inicial de trastornos mentales antes de la intervención educativa que mejoró en la medición inmediata y se sostuvo a los tres meses de haber brindado la intervención lo cual apunta a la necesidad de mejorar la intervención para ponerla en marcha y extenderla a más participantes.

Tras la realización del presente estudio fue evidente los resultados positivos, al igual que los desarrollados en otros países. Consideramos pertinente la recomendación a las instituciones asistenciales de nuestro estado y nuestro país la implementación de intervenciones como la propuesta por la OMS, la guía mhGAP de manera dinámica y constante como un programa de capacitación continua en las instituciones y brindarla como mínimo cada 6 meses en aras de

propiciar un enriquecimiento tanto teórico como práctico a los profesionales con perfiles ajenos a la salud mental; en este sentido es importante que los profesionales en salud mental, llámese psicólogos y/o médicos psiquiatras tengan un papel proactivo en la capacitación constante sobre estas guías avaladas internacionalmente, generando así una mayor sensibilidad a la población en general a la enfermedad mental disminuyendo en gran medida el estigma que acarrea. El implementar de manera dinámica y continua este tipo de intervenciones generará también una disminución en el gasto público en lo que respecta a las hospitalizaciones y el uso de psicofármacos más complejos y costosos lo que beneficiará en gran medida a las políticas en salud de nuestro país.

## X. ANEXOS

### Anexo 1 . Carta programática

CURSO TALLER "GUÍA mhGAP"		OBJETIVO GENERAL: Capacitar al personal en el abordaje inicial de los trastornos mentales a través de la guía mhGAP, para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias.		
RESPONSABLE Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo		DURACION: 14 horas en 2 sesiones		
PRIMERA SESIÓN				
HORARIO	TEMA	OBJETIVO DEL APRENDIZAJE	TÉCNICA DIDACTICA	EVALUACION
8:00-8:20	Bienvenida	Establecer la metodología de trabajo	Presentación oral	Ninguna
8:20-8:50	Identificación de conocimientos iniciales	Identificar el nivel de conocimiento al inicio del curso.	Evaluación	Test escrito
8:50-9:40	Introducción al mhGAP (video)	Conocer la justificación de la estrategia de la OMS a través del mhGAP	Exposición	Ninguna
9:40-10:20	Presentación del esquema principal.	Conocer la estructura y uso de la guía mhGAP	Revisión guiada	Ninguna
10:20-11:20	Manejo de algoritmos de la mhGAP		Trabajo grupal	Ninguna
11:20-12:00	Receso			

12:00-12:45	Introducción a la psiquiatría y Psicosis.	Conocer los aspectos generales de los diferentes "síndromes" psiquiátricos	Exposición
12:45-13:30	Trastornos del desarrollo en la infancia (Autismo)	Identificar sintomatología común a distintos trastornos del espectro autista	Trabajo grupal
13:30-14:30	Identificación de sintomatología en 4 casos distintos		Trabajo grupal
14:30-15:00	Retroalimentación y cierre		

SEGUNDA SESIÓN			
8:00-8:20	Bienvenida	Establecer la metodología de trabajo	8:00-8:20
8:20-9:20	Depresión, TBP y Suicidio (I)	Conocer la aplicación de la Guía mhGAP en los diferentes trastornos de la esfera afectiva.	Exposición
9:20-10:20	Resolución de caso de depresión, TBP o suicidio		Trabajo grupal
10:20-11:20	Demencias	Conocer la aplicación de la Guía mhGAP en los diferentes trastornos demenciales.	Exposición
10:20-11:20	Resolución de casos clínicos relacionados a Demencia		Trabajo grupal
11:20-12:00	RECESO		
12:00-13:00	Trastornos de Ansiedad	Conocer la aplicación de la Guía mhGAP en los diferentes trastornos ansiedad.	Exposición
13:00-14:00	Resolución de caso		Trabajo grupal
14:00-15:00	EVALUACIÓN		

RECURSOS DIDÁCTICOS DE APOYO	Tratado de Psiquiatría. Harold Kaplan.	<b><u>mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada</u></b>	Psicofarmacología. Stephen M. Stahl	Clasificación Internacional de Enfermedades CIE-10
PERSONAL DE APOYO	Monitores para apoyo de los grupos			

## Anexo 2 . Operacionalización de variables

VARIABLES	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERATIVA	OPCIONES DE CLASIFICACIÓN	TIPO DE VARIABLE
<b>Profesión</b>	Acción y efecto de profesar o ejercer un oficio, una ciencia o un arte. Actividad habitual para la que se ha preparado para ejercerla	Quién ejerce contacto y/o atención directa con los usuarios de los servicios de salud	Profesión relacionada directamente con la salud Trabajador social  0. Femenino 1. Masculino	Cualitativa Nominal
<b>Edad</b>	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Tiempo que ha vivido una persona desde su nacimiento	Años cumplidos 1. 18-25 años 2. 26-40 años 3. 41-60 años 4. 61-99 años	Cuantitativa
<b>Años ejerciendo su profesión</b>	Tiempo en años que ha ejercido su profesión	Tiempo en años que ha ejercido su profesión	Años ejerciendo su profesión 1. 0-5 2. 6-10 3. 11-15 4. 16 o más años	Ordinal
<b>Última capacitación recibida en Salud Mental</b>	Proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrollan conocimientos y habilidades	Proceso de enseñanza-aprendizaje, mediante el cual se desarrollan conocimientos y habilidades respecto a los trastornos mentales	Tiempo transcurrido desde la última capacitación en tópicos relacionados con los trastornos mentales 1. Nunca 2. Hace 1 año 3. Más de 1 año, pero menos de 3 4. Más de 3 años	Ordinal
<b>Proceso de Capacitación</b>	Conjunto de saberes relacionados con una ciencia o materia concreta	Conjunto de saberes respecto a la identificación y tratamiento de los principales trastornos mentales	Nivel de conocimientos 1. Excelente 21 – 25 aciertos 2. Bueno 14- 20 aciertos 3. Regular 7- 13 aciertos 4. Malo 0- 6 aciertos	Ordinal

## Anexo 3 . Prueba previa y posterior al curso base mh GAP

Folio: \_\_\_\_\_



Duración de la prueba: 30 min.

1. SEXO:
2. EDAD:
3. AÑOS EJERCIENDO SU PROFESIÓN:
4. ÚLTIMA CAPACITACIÓN RECIBIDA EN SALUD MENTAL ( Fecha):

A. Coloque ✓ en la columna correcta.

	Cierto	Falso
1. Las personas con trastornos mentales usualmente no pueden tomar decisiones relacionadas con su salud		F
2. Las personas con trastornos mentales están mejor atendidas en los hospitales psiquiátricos		F
3. Todas las personas con depresión deben ser tratadas con antidepresivos		F
4. La demencia es una parte normal del proceso de envejecimiento		F
5. Es eficaz proporcionar asesoramiento breve a las personas que tienen problemas con el consumo de alcohol.	C	
6. Los trastornos mentales son comunes en niños y adolescentes	C	
7. La administración de diazepam por vía intramuscular es el tratamiento de preferencia para detener las crisis convulsivas agudas.		F
8. La depresión crónica grave de una madre puede conducir a retraso en el desarrollo de sus hijos	C	
9. Si el niño muestra hiperactividad y falta de atención, entonces la medicación es usualmente necesaria		F
10. Las inyecciones de vitaminas deben ser usadas rutinariamente para el tratamiento de síntomas somáticos sin causa orgánica	C	
11. Preguntar a las personas acerca de ideas suicidas aumenta la probabilidad de suicidio		F

B. Coloque ✓ en la respuesta correcta. Solo hay una respuesta correcta para cada pregunta.

12.Cuál de las siguientes afirmaciones relacionadas con la depresión es correcta

- a. **La depresión a menudo se manifiesta con dolor físico indefinido y fatiga**
- b. La depresión a menudo se manifiesta con ideas delirantes y alucinaciones
- c. La depresión a menudo se manifiesta con confusión

13. En relación con los antidepresivos, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta

- a. Se debe continuar con el tratamiento aun si la persona presenta síntomas de manía de forma brusca
- b. El tratamiento debe continuar durante 2-3 meses
- c. **Usualmente el tratamiento solo se debe ofrecer si la depresión afecta el funcionamiento diario de la persona**

14.Cuál de los siguientes mensajes se debe proporcionar a una persona con depresión

- a. Tratar de reducir su actividad física lo más posible
- b. **Tratar de participar en actividades sociales lo más posible**
- c. Tratar de dormir lo más posible

15. Una joven de 22 años dice que oye voces que nadie más puede oír y que está convencida de que alguien quiere hacerle daño, cuál de los siguientes trastornos es más probable que tenga la persona

- a. **Psicosis**
- b. Depresión
- c. Manía

16. En relación con el tratamiento de la psicosis aguda

- a. La mayoría de los casos necesitará medicinas mediante inyecciones
- b. **Se necesita dar seguimiento a la persona a intervalos frecuentes**
- c. La persona siempre debe estar restringida (por ejemplo, encadenada)

17. En relación con la epilepsia, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta

- a. Para hacer el diagnóstico de epilepsia, el primer paso es realizar un electroencefalograma (EEG)
- b. **Dos crisis convulsivas en el último año es razón suficiente para iniciar la administración de medicamentos antiepilépticos**
- c. Una vez que una mujer es diagnosticada con epilepsia, no debe casarse ni tener hijos

18. En relación con los medicamentos antiepilépticos, cuál de las siguientes afirmaciones es correcta

- a. Los medicamentos antiepilépticos se deben iniciar a una dosis máxima y luego disminuir la dosis
- b. Los medicamentos antiepilépticos se deben combinar para que el tratamiento sea más rápido
- c. **Los medicamentos antiepilépticos se deben suspender después de transcurridos dos años de la última crisis epiléptica**

19. Después de un intento suicida
- a. Deje a la persona sola descansando en una habitación silenciosa
  - b. Restrinja las visitas de familiares y amigos
  - c. **Quite los medios de autolesión**
20. ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto en relación con el consumo de alcohol?
- a. Si las personas consumen alcohol todos los días de la semana, son dependientes del alcohol
  - b. El consumo de alcohol no puede causar crisis convulsivas
  - c. **Las personas pueden tener problemas con el alcohol aun si solo ingieren alcohol una vez al mes**
21. En relación a las personas con demencia, ¿cuál de los siguientes enunciados es correcto?
- a. Las personas con demencia deben ser ingresadas en una institución lo más pronto posible
  - b. **Es esencial evaluar el nivel de estrés de los cuidadores (por ejemplo, miembro de la familia) y apoyarles.**
  - c. No hay mucho que usted pueda hacer para mejorar los síntomas y las condiciones de vida
22. En relación al tratamiento de un niño con retraso en el desarrollo, ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto?
- a. No se debe permitir que el niño asista a una escuela normal
  - b. Los medicamentos pueden revertir la condición
  - c. **Explicar a la familia que el niño puede aprender nuevas habilidades**
23. En relación al tratamiento de un adolescente con conducta agresiva y desobediencia persistente, ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto?
- a. **Proporcionar consejos a la familia y a los maestros**
  - b. Imponer un castigo por conductas inapropiadas es el mejor método para mejorar la conducta
  - c. Se debe considerar la medicación lo más pronto posible
24. En relación al trastorno por uso de drogas, ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto?
- a. **La reclusión en una cárcel es la intervención más efectiva**
  - b. Las madres que consumen drogas no deben amamantar a sus hijos
  - c. Es conveniente discutir con la persona sus ideas acerca de los beneficios percibidos y posibles daños por el consumo de drogas
25. En relación al tratamiento farmacológico de las personas con trastornos mentales ¿Cuál de los siguientes enunciados es correcto?
- a. Generalmente, usted no necesita obtener el consentimiento informado ya que la persona no entiende
  - b. **Los antidepresivos solo se deben administrar a los adolescentes después de haber intentado el tratamiento psicosocial sin resultados**
  - c. Una vez iniciado el tratamiento con antidepresivos, la persona debe seguir tomando el medicamento por el resto de su vida

## Anexo 4 . Consentimiento informado



San Luis Potosí, S.L.P. a \_\_\_\_\_ del mes de \_\_\_\_\_ del año 2018

Actualmente la salud mental esta tomando gran importancia en el mundo por las repercusiones que se generan al no tratar los principales trastornos mentales. Es por esto que se esta llevando acabo una la intervención educativa avalado por la Organización Mundial de la Salud como proyecto de investigación de maestría y tiene como finalidad fortalecer el programa de salud mental en las unidades del sistema DIF del Estado de San Luis Potosí y en este sentido también de brindar las herramientas teórico- practicas para la adecuada identificación de los trastornos mentales más frecuentes en nuestro medio lo que propiciará un mejor entendimiento de los aspectos relacionados con estas enfermedades y su oportuna canalización. En este sentido manifiesto voluntariamente que:

Yo: \_\_\_\_\_ personal operativo del sistema DIF estatal perteneciente a la coordinación de Trabajo Social, he sido debidamente informado(a) sobre el objetivo de participar en el curso taller de capacitación *guía mhGAP*. También he sido informado de que como parte del curso me será aplicada una prueba de conocimientos básicos sobre el curso en tres distintos momentos: antes de iniciar la intervención educativa, al concluir el mismo y 3 meses después de la capacitación recibida.

Teniendo en cuenta lo anterior declaro que:

1. He comprendido la naturaleza y propósito de la evaluación de conocimientos básicos.
2. Estoy satisfecho(a) con la información recibida, pero si requiero mas información puedo solicitarla en cualquier momento
3. Comprendo que este consentimiento puede ser revocado en cualquier momento: antes de la prueba pre-capacitación, durante la capacitación, después de la capacitación e incluso 3 meses después al aplicar la tercera prueba.
4. He sido informado quemis datos personales serán confidenciales igual que los resultados obtenidos en las tres pruebas aplicadas, y que únicamente serán utilizados para cuestiones del estudio.
5. Si tengo cualquier duda o pregunta puedo comunicarme con el estudiante de maestría en Salud Pública Luis Alfonso Grageda Foyo, responsable de este proyecto a quien puedo localizar a través del siguiente correo electrónico y teléfono celular: [agragedafoyo@gmail.com](mailto:agragedafoyo@gmail.com) 044 444 131 5171. Una vez debidamente informado(a), acepto participar en el curso de capacitación y doy mi expreso consentimiento para participar en la realización de las evaluaciones de conocimiento.

---

Nombre y firma autógrafa

---

Testigo ( Nombre y firma autógrafa)

## Anexo 5 . Carta de no conflicto de intereses

San Luis Potosí, S.L.P. a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2018

A quien corresponda:

Por medio de la presente nos permitimos informarle que los involucrados en el protocolo de investigación: “ **EFFECTO DE UNA INTERVENCIÓN EDUCATIVA PARA MEJORAR LOS CONOCIMIENTOS EN EL ABORDAJE INICIAL DE TRASTORNOS MENTALES**” no tiene conflictos de interés, considerando desde la generación del presente proyecto, hasta la publicación de resultados y los diferentes productos que se generen.

Exponemos que, si derivado de este trabajo se generan publicaciones, para la publicación del primer artículo el primer autor será el Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo, compartiendo autoría como segundo y tercer autor la directora Dra. Maribel Cruz Ortíz y co-directores de tesis: Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra y la MSP. Karla Lorena Araujo Uresti. Futuras publicaciones, será de acuerdo a la contribución que realicen cada uno de los involucrados para fungir como primer autor, con el consentimiento previo del autor principal, adicional a lo anterior podrán aparecer como autores otros investigadores incluso si no participaron en la creación del protocolo, ello siempre y cuando el investigador que se incorpore y participe en la generación del artículo, y si así lo aprueban los autores que aparecen en esta tesis.

\_\_\_\_\_  
Dr. Luis Alfonso Grageda Foyo

\_\_\_\_\_  
Dra. Maribel Cruz Ortíz

\_\_\_\_\_  
Dr. Luis Eduardo Hernández Ibarra

\_\_\_\_\_  
MSP. Karla Lorena Araujo Uresti

## **XI REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

- <sup>1</sup>Organización Mundial de Salud. Informe sobre la salud en el mundo 2001: salud mental: nuevos conocimientos, nuevas esperanzas. Ginebra: OMS; 2001. Disponible en: [http://www.who.int/whr/2001/en/whr01\\_es.pdf?ua=1](http://www.who.int/whr/2001/en/whr01_es.pdf?ua=1)
- <sup>2</sup>Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el sistema de salud mental en México. México: OPS/OMS; 2011. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/who\\_aims\\_country\\_reports/who\\_aims\\_report\\_mexico\\_es.pdf](http://www.who.int/mental_health/who_aims_country_reports/who_aims_report_mexico_es.pdf)
- <sup>3</sup>Federación mundial para la salud mental. Salud mental en la atención primaria: Mejorando los tratamientos y promoviendo la salud mental. WFMH; 2009. Disponible en: <http://www.unibe.edu.do/sites/default/files/internados/Psiquiatria-en-Atencion-Primaria.pdf>
- <sup>4</sup>Ivbijaro G, Kolkiewicz L. Primary Care Mental Health and Alma Ata: From evidence to Action. Ment Health Fam Med. 2008; 5(2):67-69. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2777560/>
- <sup>5</sup>Secretaría de Salud. Programa de acción en salud mental 2000-2006. México: SS; 2000. Disponible en: [http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm\\_intro.pdf](http://www.salud.gob.mx/unidades/cdi/documentos/pasm_intro.pdf).
- <sup>6</sup>Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud. Evaluación de servicios de salud mental en la República Mexicana. México: OPS/OMS; 2004. Disponible en: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=680-evaluacion-de-servicios-de-salud-mental-en-la-republica-mexicana-2&category\\_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&alias=680-evaluacion-de-servicios-de-salud-mental-en-la-republica-mexicana-2&category_slug=ops-oms-mexico&Itemid=493)
- <sup>7</sup>Organización Mundial de la Salud. Salud Mental: un estado de bienestar. [página web]. Disponible en [http://www.who.int/features/factfiles/mental\\_health/es/](http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/es/)
- <sup>8</sup>WHO and Calouste Gulbenkian Foundation. Social determinants of mental health. Geneva, 2014. Disponible en: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809\\_eng.pdf](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112828/9789241506809_eng.pdf)
- <sup>9</sup>Organización Mundial de la Salud. Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. Nota descriptiva [página web]. Disponible en <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs220/es/>
- <sup>10</sup>Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. OPS: Washington DC; 2009. Disponible en: [http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD\\_MENTAL\\_final\\_web.pdf](http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf)
- <sup>11</sup>Organización Mundial de la Salud. Nota descriptiva. [www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/](http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/). OMS; 2017.
- <sup>12</sup>Folks D, Feldman M, Ford C. Somatoform disorders, factitious disorders, and malingering. En Stoudemire A, Fogel B, Greenberg D, eds. Psychiatric care of the medical patient (2nd ed). New York: Oxford University Press, 2000:458-75.
- <sup>13</sup>American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5). Washington, DC: APA; 2013.
- <sup>14</sup>Levenson J. Textbook of Psychosomatic Medicine (1a ed). Washington, DC: The American Psychiatric Publishing; 2005.

- 
- <sup>15</sup>Solms M y Oliver T. El cerebro y el mundo interior: Una introducción a la neurociencia subjetiva. México: Fondo de Cultura Económica; 2004. Cap. 7, Influencias genéticas y ambientales en el desarrollo mental; pp. 217- 239.
- <sup>16</sup>Medina- Mora M, Borges G, Lara M. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultado de la encuesta nacional epidemiológica psiquiátrica en México. Salud Mental. 2004;26(4):1-16. Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=58242601>
- <sup>17</sup>Camacho A. ¿Qué son las UNEMES?. Rev Sal Quintana Roo 2008; 1(4):32-35
- <sup>18</sup>Instituto Nacional de Estadística y Geografía. Suicidios en San Luis Potosí. 2015.
- <sup>19</sup>Rodríguez J. La atención de Salud Mental en América Latina y el Caribe. Rev Psiquiatr Urug 2007;71(2):117-124
- <sup>20</sup>Heinze G, Chapa G, Carmona-Huerta J. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. Salud Ment. 2016;39(2):69-76. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0185-33252016000200069](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252016000200069)
- <sup>21</sup>Organización Mundial de la Salud. Estadísticas sanitarias mundiales 2012. Ginebra: OMS; 2012 Disponible en [http://www.who.int/gho/publications/world\\_health\\_statistics/ES\\_WHS2012\\_Full.pdf](http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/ES_WHS2012_Full.pdf)
- <sup>22</sup>Winkler C, Bæk O, Kallestrup P y Carlsson J. Integrating mental health in primary healthcare in low-income countries: changing the future for people with mental disorders. Nordic Journal of Psychiatry. 2016;71(2):151-157. Disponible en: <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/08039488.2016.1245784>
- <sup>23</sup>Organización Mundial de Salud. Plan de acción sobre salud mental 2013-2020. Ginebra: OMS; 2013. Disponible en: [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029\\_spa.pdf?ua=1](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/97488/1/9789243506029_spa.pdf?ua=1)
- <sup>24</sup>Organización Panamericana de la Salud. Manual de salud mental para trabajadores de atención primaria. (Serie PALTEX para técnicos medios y auxiliares, 25). Washington, DC: OPS; 2013.
- <sup>25</sup>Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. Versión 2.0. Ginebra: OMS; 2016.
- <sup>26</sup>Organización Panamericana de la Salud. Temas de salud mental en la comunidad. OPS; PALTEX, 1992.
- <sup>27</sup>Ventevogel P. Integration of mental health into primary healthcare in low-income countries: Avoiding medicalization. International Review of Psychiatry. 2014; 26(6) 669–679. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25553784>
- <sup>28</sup>Medina- Mora M, Borges G, Lara M. Prevalence, service use, and demographic correlates of 12-month DSM-IV psychiatric disorders in México: Results from de Mexican National Comorbidity Survey. Psychological Medicine. 2005; 35(12): 1773-1783
- <sup>29</sup>Ramasubbu R, et al. The Canadian Network for Mood and Anxiety Treatments (CANMAT) task force recommendations for the management of patients with mood disorders and select comorbid medical conditions. Annals of Clinical Psychiatry. 2012; 24(1):91-109
- <sup>30</sup>Souza y Machorro M, Cruz L. Salud Mental y Atención Psiquiátrica en México. Revista de la Facultad de Medicina de la UNAM. 2010;53(6):17-23

- 
- <sup>31</sup> Simon R. Assessing and Managing Suicide Risk. Guidelines for Clinically Based Risk Management. Washington, DC. American Psychiatric Publishing; 2004
- <sup>32</sup> Medina-Mora M, Borges G, Lara M. Prevalencia de trastornos mentales y uso de servicios: resultado de la Encuesta Nacional Epidemiológica Psiquiátrica en México. *Salud Mental*. 2003;26(4):1-16
- <sup>33</sup> Organización Mundial de la Salud. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental. Ginebra: OMS; 2010
- <sup>34</sup> Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th Edition (DSM-5), Washington, DC: American Psychiatric Association; 2013.
- <sup>35</sup> Secretaría de Salud. Catálogo universal de servicios de salud (CAUSES). México: SS; 2010. Disponible en: [http://www.paho.org/mex/index.php?option=com\\_docman&view=download&category\\_slug=equidad-en-salud&alias=365-catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2010&Itemid=493](http://www.paho.org/mex/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=equidad-en-salud&alias=365-catalogo-universal-de-servicios-de-salud-causes-2010&Itemid=493)
- <sup>36</sup> Organización Panamericana de la Salud. Salud Mental Guía del promotor comunitario. OPS: México; 2013
- <sup>37</sup> Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Informe Técnico para el Diseño de Plan de Trabajo para reorientación de Programas de Salud Pública. Chile: FLACSO; 2015
- <sup>38</sup> Cunill-Grau, N. La intersectorialidad en las nuevas políticas sociales: Un acercamiento analítico-conceptual. *Gest. polít. pública* [online]. 2014;23(1):5-46.
- <sup>39</sup> Ministerio de Salud Chile. Orientaciones para Planes Comunales de promoción de la Salud. 2014 Disponible en: <http://web.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>
- <sup>40</sup> Ruelas E. La importancia de la intersectorialidad en los determinantes de la Salud. [conferencia] Academia Nacional de Medicina de México.
- <sup>41</sup> Toledo E. El sistema para el desarrollo integral de la familia (DIF): expresión de una política social del estado mexicano. *Horizonte Sanitario*. 2003; 2(2):1-12
- <sup>42</sup> Secretaría de Salud. Consejo Nacional de Salud Mental. Programa de Acción Específico Salud Mental. 2012-2018
- <sup>43</sup> Comisión Nacional de Protección Social en Salud. Catálogo Universal de Servicios de Salud CAUSES [página web]; 2016. Disponible en <http://www.cndh.org.mx/sites/all/doc/Programas/VIH/OtrasPublicacionesdeinteresrelacionadosconelVIH/CENSIDA/CAUSES2016.pdf>
- <sup>44</sup> Organización Mundial de la Salud. Programa de acción para superar las brechas en salud mental: Mejora y ampliación de la atención de los trastornos mentales, neurológicos y por abuso de sustancias. Geneva: OMS; 2008. Disponible en: [http://www.who.int/mental\\_health/mhgap/mhgap\\_spanish.pdf?ua=1](http://www.who.int/mental_health/mhgap/mhgap_spanish.pdf?ua=1)
- <sup>45</sup> Gómez-Restrepo C, Bohórquez-Peñaranda A, Gil-Laverde JF y Pérez-Muñoz V. Conocimiento sobre los trastornos depresivos y evaluación de una intervención educativa aplicada a médicos de atención primaria en Bogotá, Colombia. Resultados colombianos del Proyecto Internacional de Depresión. *rev.colomb.psiquiatr*. 2005; 34(2):220-241. Disponible en:

---

[http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-74502005000200004&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-74502005000200004&lng=en).

<sup>46</sup>Hepner KA, Rowe M, Rost K, Hickey SC, Sherbourne CD, Ford DE, Meredith LS, Rubenstein LV. The effect of adherence to practice guidelines on depression outcomes. *Ann Intern Med*. 2007;147(5):320-329.

<sup>47</sup> Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Declaración de Caracas sobre la reestructuración de la atención psiquiátrica en América Latina dentro de los Sistemas locales de Salud. Milán: OMS/OPS; 1990

<sup>48</sup> Organización Mundial de la Salud/Organización Panamericana de la Salud. Resolución CD43.R10 Salud Mental, aprobada en septiembre 2001. Washington DC: OMS/OPS; 2001.

<sup>49</sup> World Health Organization. Mental Health Atlas - 2005. Geneva: WHO; 2005.

<sup>50</sup> Organización Panamericana de la Salud. Implementación del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental -mhGAP- en la Región de las Américas. Washington DC: OPS; 2016. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/33715/OPSNMH16014-spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

<sup>51</sup> Grupos de expertos del PAPPS Prevención de los trastornos de la salud mental. *Aten Primaria*. 2012;44(1):52-56. Disponible en [http://ac.els-cdn.com/S0212656712700148/1-s2.0-S0212656712700148-main.pdf?\\_tid=8a7554e6-69a4-11e7-aacf-00000aacb362&acdnat=1500154288\\_23315d196753d3df1dd22cae5d47fe55](http://ac.els-cdn.com/S0212656712700148/1-s2.0-S0212656712700148-main.pdf?_tid=8a7554e6-69a4-11e7-aacf-00000aacb362&acdnat=1500154288_23315d196753d3df1dd22cae5d47fe55)

<sup>52</sup> Latorre JM, et al. Percepción de la demanda y necesidades de formación en salud mental de los médicos de atención primaria. *Aten Primaria*. 2005;36(2):85-92

<sup>53</sup> Romano S, Novoa G, Gopar M, Cocco A, De León B y Ureta G. El trabajo en Equipo: Una mirada desde la experiencia en Equipos Comunitarios de Salud Mental. *Frontera Rev Psiquiatr Urug*. 2007;71(2):135-152

<sup>54</sup> Sánchez E, Casas G, Grais R, Hustache S y Moro R. The Colombian conflict: a description of a mental health program in the Department of Tolima. *Conflict and Health*. 2009;3(13):1-6.

<sup>55</sup> Davis, DA y Rayburn, WF. Integrating Continuing Professional Development With Health System Reform. *Academic Medicine*. 2016; 91(1):26–29.

<sup>56</sup> Atlas Regional de Salud Mental. Diciembre 2015. Washington, DC: OPS; 2016

<sup>57</sup> Camina E Y Güell F. The Neuroanatomical, Neurophysiological and Psychological Basis of Memory: Current Models and Their Origins. *Front. Pharmacol*. 2017;8(438):1-16

<sup>58</sup> Davini MC. Bases Metodológicas para la Educación permanente del Personal de Salud. Publicación No. 19. Organización Panamericana de la Salud. Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud, 1989.

<sup>59</sup> Keynejad RC, Dua T, Barbui C y Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evid Based Ment Health*. 2018;21(1):30-34

<sup>60</sup> World Medical Association. Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. *JAMA*. 2013; 310(20):2191-4.

<sup>61</sup> Secretaría de Salud. Ley General de Salud. SS: México; 2005.

---

<sup>62</sup> Blanco-Vieira et al. A Guide for Planning and Implementing Successful Mental Health Educational Programs. JCEHP. 2018; 38(2): 126-136.

<sup>63</sup> Lasisi D, Ani C, Lasebikan V, Sheikh L y Omigbodun O. Effect of attention-deficit-hyperactivity-disorder training program on the knowledge and attitudes of primary school teachers in Kaduna, North West Nigeria. Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health. 2017; 11(15):1-8. Disponible en: [https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5359824/pdf/13034\\_2017\\_Article\\_153.pdf](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5359824/pdf/13034_2017_Article_153.pdf)

<sup>64</sup> Echeverri C, Le Roy J, Worku B y Ventevogel P. Mental health capacity building in refugee primary health care settings in Sub-Saharan Africa: impact, challenges and gaps. Global Mental Health. 2018; 5 (e28): 1-10. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6128042/>

<sup>65</sup> Mutiso VN, Pike K, et al. Feasibility of WHO mhGAP-intervention guide in reducing experienced discrimination in people with mental disorders: a pilot study in a rural Kenyan setting. Epidemiology and Psychiatric Sciences. 2018; 4:1-12.

<sup>66</sup> Bruni A, Saraceno B (dir). Assessing the efficacy of the Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) training for non-specialized health workers in Ethiopia [tesis]. [Portugal]:Universidade Nove De Lisboa; 2014.

<sup>67</sup> Humayun A, Haq I, Khan FR, Azad N, Khan MM y Weissbecker I. Implementing mhGAP training to strengthen existing services for an internally displaced population in Pakistan. Global Mental Health. Glob Ment Health. 2017; 4(e6):1-10

<sup>68</sup> Yani NF, Marchira CR, Istiono W. Effectiveness of mental health training module gap action programme (mhGAP) in increasing knowledge and skills of primary care physicians in diagnosing depression disorders in the Gunungkidul district. Rev Prim Care Prac and Educ. 2018; 1(2): 69-74.