

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

Programa para disminuir las brechas de atención en salud mental con el Municipio de Quito (mhGAP)

Cindy Fernanda Capurro Ortiz

Psicología

Trabajo de fin de carrera presentado como requisito
para la obtención del título de
Licenciado/a en Psicología.

Quito, 21 de diciembre del 2023

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

HOJA DE CALIFICACIÓN DE TRABAJO DE FIN DE CARRERA

**Programa para disminuir las brechas de atención en salud mental con el
Municipio de Quito (mhGAP)**

Cindy Fernanda Capurro Ortiz

Nombre del profesor, Título académico

María Cristina Crespo, PhD

Quito, 21 de diciembre del 2023

© DERECHOS DE AUTOR

Por medio del presente documento certifico que he leído todas las Políticas y Manuales de la Universidad San Francisco de Quito USFQ, incluyendo la Política de Propiedad Intelectual USFQ, y estoy de acuerdo con su contenido, por lo que los derechos de propiedad intelectual del presente trabajo quedan sujetos a lo dispuesto en esas Políticas.

Asimismo, autorizo a la USFQ para que realice la digitalización y publicación de este trabajo en el repositorio virtual, de conformidad a lo dispuesto en la Ley Orgánica de Educación Superior del Ecuador.

Nombres y apellidos: **Cindy Fernanda Capurro Ortiz**

Código: **00213953**

Cédula de identidad: **0803719350**

Lugar y fecha: **Quito, 21 de diciembre de 2023**

ACLARACIÓN PARA PUBLICACIÓN

Nota: El presente trabajo, en su totalidad o cualquiera de sus partes, no debe ser considerado como una publicación, incluso a pesar de estar disponible sin restricciones a través de un repositorio institucional. Esta declaración se alinea con las prácticas y recomendaciones presentadas por el Committee on Publication Ethics COPE descritas por Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing, disponible en <http://bit.ly/COPETHeses>.

UNPUBLISHED DOCUMENT

Note: The following capstone project is available through Universidad San Francisco de Quito USFQ institutional repository. Nonetheless, this project – in whole or in part – should not be considered a publication. This statement follows the recommendations presented by the Committee on Publication Ethics COPE described by Barbour et al. (2017) Discussion document on best practice for issues around theses publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

RESUMEN

Este trabajo resume el proyecto realizado en beneficio de la formación en salud mental del personal de salud que se encuentran en el primer nivel de atención del Municipio de Quito. El proyecto se centró en la implementación del programa de acción para superar las brechas en salud mental a través del entrenamiento del personal antes mencionado, utilizando la plataforma de aprendizaje virtual de la OPS con el Programa para disminuir las brechas de atención en salud mental con el Municipio de Quito (mhGAP) así como sesiones sincrónicas y presenciales, donde participaron más de 200 funcionarios. Este trabajo fue realizado en conjunto con la Universidad San Francisco de Quito, OPS/OMS y HAIS.

Se abordaron temas relacionados con trastornos psicológicos más comunes como demencia, trastorno por el consumo de sustancias, autolesión/suicidio, trastorno de estrés postraumático, psicosis, discapacidad intelectual, etc. De manera similar, se examinó el enfoque de derechos humanos en el ámbito de la salud mental, el cual destaca la importancia de respetar, proteger y cumplir los derechos humanos de las personas que tienen trastornos mentales o psicosociales. Este enfoque se basa en los principios fundamentales de igualdad, no discriminación, participación y dignidad humana. Asimismo, se incluyó actividades destinadas a fomentar el desarrollo de conocimientos y habilidades, así como ejercicios interactivos para facilitar la participación y el compromiso.

Estas capacitaciones tuvieron como objetivo proporcionar a los profesionales de la salud conocimientos y habilidades necesarios para abordar problemas de salud mental en situaciones desafiantes.

Este trabajo se realizó en colaboración con: Emilio Arrieta Flores, Tabatha Troncozo Montes.

Palabras Clave: Brecha en salud mental, mhGAP, Capacitación personal de salud, Trastornos mentales.

ABSTRACT

This work summarizes the project carried out to benefit the mental health training of healthcare personnel at the primary care level in the Municipality of Quito. The project focused on implementing the Mental Health Gap Action Program (mhGAP) through training for the aforementioned personnel, utilizing the virtual learning platform of the Pan American Health Organization (PAHO), as well as synchronous and face-to-face sessions involving more than 200 officials. This project was conducted in collaboration with the University of San Francisco de Quito, PAHO/WHO, and HAIS.

Topics related to common psychological disorders such as dementia, substance use disorder, self-harm/suicide, post-traumatic stress disorder, psychosis, intellectual disability, etc., were addressed. Similarly, the human rights approach in the field of mental health was examined, emphasizing the importance of respecting, protecting, and fulfilling the human rights of individuals with mental or psychosocial disorders. This approach is based on fundamental principles of equality, non-discrimination, participation, and human dignity. Additionally, activities were included to promote the development of knowledge and skills, along with interactive exercises to facilitate participation and engagement.

These training sessions aimed to provide healthcare professionals with the knowledge and skills necessary to address mental health issues in challenging situations.

This work was done in collaboration with: Emilio Arrieta Flores, Tabatha Troncozo Montes.

Key words: Mental Health Gap, mhGAP, Training of healthcare personnel, Mental disorders.

TABLA DE CONTENIDOS

Resumen	4
Abstract	5
DESCRIPCIÓN DEL RETO Y DE LOS INTERESADOS	9
Solicitud de la organización	9
Descripción de la organización	10
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD	12
Naturaleza del problema (o necesidad)	12
Afectados por el problema	13
Problemas mentales más frecuentes	16
<i>Depresión</i>	16
<i>Trastornos mentales y conductuales del niño y adolescente</i>	17
<i>Demencia</i>	19
<i>Trastorno por el consumo de sustancias</i>	20
<i>Trastorno de estrés postraumático</i>	21
<i>Suicidio</i>	23
<i>Psicosis</i>	25
<i>Discapacidad intelectual</i>	26
<i>Epilepsia</i>	27
Factores que contribuyen al problema	28
Barreras geográficas y rurales	28
Factores culturales y lingüísticos	28
Falta de conciencia	29
Carencia de formación en temas de salud mental de personal médico	30
Violencia y conflictos	31

Migración y desplazamiento forzado	32
Estrategias aplicadas (previamente o en casos similares)	34
PROPUESTA	36
Objetivos	36
Productos o Actividades	37
Evaluación de resultados	39
Metodología	44
Contenido	44
Actividades dinámicas	45
Comentarios generales	46
Plan de implementación	48
CONCLUSIONES	49
REFERENCIAS	51

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1. Resultado de encuestas: Pregunta 1	40
Figura 2. Resultado de encuestas: Pregunta 2	41
Figura 3. Resultado de encuestas: Pregunta 3	41
Figura 4. Resultado de encuestas: Pregunta 4	42
Figura 5. Resultado de encuestas: Pregunta 5	43

DESCRIPCIÓN DEL RETO Y DE LOS INTERESADOS

Solicitud de la organización

A partir de la nueva administración posesionada en el año 2023, el Municipio de Quito y la Secretaría de Salud buscan fortalecer capacidades en la prevención y promoción de la salud creando programas y talleres de salud mental comunitaria, por lo que, mediante el convenio vigente que la Universidad San Francisco de Quito mantiene con la Organización Panamericana de la Salud/Organización Mundial de la Salud (OPS/OMS) y la Hebrew Immigrant Aid Society (HAIS), se solicitó que un grupo de estudiantes colabore con la capacitación del mhGAP que se va a brindar a profesionales de la salud pública no especializado como: enfermeros/as, médico/as, psicólogos/as. El objetivo de las capacitaciones es que los profesionales de la salud pública puedan aplicar efectivamente los principios generales de atención que la guía de atención humanitaria mhGAP ofrece, además de reforzar sus conocimientos. Capacitar en temas de salud mental es fundamental debido a que proporciona las herramientas y conocimientos necesarios para comprender, abordar y mitigar los desafíos psicológicos asociados con la migración, los desplazamientos forzados y otras situaciones estresantes.

La formación en salud mental no solo empodera a los profesionales para identificar y tratar eficazmente los problemas psicológicos, sino que también contribuye a crear entornos comprensivos y de apoyo. En el contexto de la migración, donde las personas a menudo enfrentan traumas, pérdidas y adaptaciones culturales, la capacitación en salud mental se convierte en un componente esencial para facilitar la resiliencia y el bienestar emocional. Además, al estar capacitados, los profesionales pueden abordar la estigmatización y

discriminación asociadas con la salud mental, promoviendo así la creación de comunidades más inclusivas y compasivas.

Descripción de la organización

La Organización Panamericana de la Salud (OPS), es un organismo interamericano cuya función principal es proteger y mejorar el sistema de salud. Esta organización fue creada el 2 de diciembre de 1902 y, desde 1949 está afiliada a la Organización Mundial de la Salud (OMS) que está dedicada a coordinar, gestionar y controlar políticas que promuevan la prevención e intervención a nivel mundial de la salud (OPS, 2023).

La OPS está profundamente comprometida en que todas las personas alrededor de las Américas tengan acceso a la atención de salud necesaria y de calidad. Uno de sus roles principales es que por medio de su labor se promueva el derecho a la salud para todos y vela porque la salud sea incluida en todas las políticas estatales. Asimismo, la OPS se asegura de que cada uno de los sectores cumpla con su parte para que todas las personas tengan más y mejores años de vida (OPS, 2023).

Dentro de su labor, la OPS también está enfocada en informar, educar y fomentar las competencias de todos los trabajadores de la salud, por lo que desde 2007 ha desarrollado 210 cursos con tutoría y 226 cursos de autoaprendizaje (De Gracia et al., 2022). Estos cursos cubren categorías como: Emergencias de salud; enfermedades no transmisibles y salud mental; determinantes sociales, diversidad, género y derechos; Salud digital, sistemas de información y evidencia para la acción en salud; Cobertura y acceso a los servicios de salud, medicamentos y tecnología sanitaria, etc (PAHO, 2023).

Ahora bien, en relación a los vínculos con la comunidad universitaria, en julio del 2023 la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) firmó un Acuerdo Marco de Cooperación con la OPS/OMS, el propósito de este acuerdo es establecer las condiciones generales que regirán la colaboración en acciones relacionadas con la prevención y promoción de la salud, la salud mental comunitaria, la investigación en salud pública, la inmunización, la comunicación y la formación de profesionales de la salud en Ecuador. Mediante este convenio, se busca desarrollar y fortalecer las capacidades en prevención y promoción de la salud, así como la implementación de la herramienta mhGAP. Además, se promoverá la investigación en temas de salud pública y salud ambiental, y se crearán programas y actividades de salud mental comunitaria (OPS, 2023).

Por otro lado, el enfoque en la salud mental es fundamental para abordar los desafíos contemporáneos que enfrenta una población urbana diversa como la de Quito, es por ello el Municipio de Quito evidencia un interés creciente en promover el bienestar psicológico de los quiteños. Esto se refleja en diversas iniciativas y programas destinados a abordar temas de salud mental en la comunidad, como la salud mental comunitaria mencionada en el acuerdo con la OPS/OMS y la Universidad San Francisco de Quito. Además, el Municipio está invirtiendo en la formación de su personal para que esté mejor preparado para afrontar los desafíos relacionados con la salud mental y el bienestar de la población. Esto incluye la capacitación de profesionales de la salud, trabajadores sociales y otros actores clave en la promoción y prevención de la salud mental en la ciudad.

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O NECESIDAD

Naturaleza del problema

La Organización Mundial de la Salud (OMS) se refiere la salud mental como aquella salud en la que la persona experimenta un bienestar total ya sea físico, mental y social (WHO, 2013). Al igual que la salud física, la salud mental se desarrolla a lo largo del tiempo en un flujo de situaciones, en diversas circunstancias y a distintas edades (Bitsko et al., 2022). A pesar de que al menos una de cada 10 personas experimenta un problema de salud mental en algún momento, apenas el 1% de la fuerza laboral en el ámbito de la salud proporciona atención específica para la salud mental (Keynejad et al., 2018).

La brecha por la falta de acceso a tratamientos para personas con trastornos de salud mental es notable, superando el 50% a nivel mundial y alcanzando tasas alarmantemente altas, cerca del 90%, en países con recursos limitados. Este desafío es especialmente marcado en casos de graves trastornos que los cuales están vinculados a deficiencias significativas en el funcionamiento diario y representan un riesgo importante para la vida (Patel et al., 2010). La falta de personal capacitado es una de las grandes limitaciones para brindar un servicio eficiente a los pacientes (Patel et al., 2020).

Existen distintas organizaciones que se enfocan en planes de acción sobre la salud mental, los cuales abordan los nuevos retos a nivel mundial, dando énfasis en las distintas necesidades de servicios integrales de salud mental, para poder reducir las brechas existentes en salud mental. La falta de personal capacitado es una de las grandes limitaciones para brindar un servicio eficiente a los pacientes.

El Ministerio de Salud del Ecuador trabaja junto a la Organización Mundial de la Salud desde 1951, en cooperación con otras instituciones en los sectores de salud públicos y privados para implementar diferentes proyectos que trabajan con enfoques de

interculturalidad, equidad de género entre otras (OPS, 2023). En el 2008 la Organización Mundial de la Salud, lanza su programa de acción para la brecha de salud mental (mhGAP) dirigido a personal no especializado en atención primaria a la salud; este programa ofrece orientación respaldada por evidencia y recursos para la evaluación que proporciona herramientas básicas el manejo de trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias (MNS).

El curso mhGAP contiene diez módulos, en los cuales cada uno aborda un distinto trastorno mental. Se describirán brevemente los diez trastornos que se tratan en el mhGAP los cuales son: Estrés agudo (EAG), duelo (DUE), Trastorno depresivo moderado a grave (DEP), Trastorno de estrés postraumático (TEPT), psicosis (PSI), epilepsia o crisis epilépticas (EPI), discapacidad intelectual (DI) y consumo nocivo de alcohol y drogas (ADR), Suicidio (SUI) y Otros síntomas emocionales importantes (OTR).

Afectados por el problema

En los últimos años se ha evidenciado un aumento en el número de personas que padecen de un trastorno mental. Según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en el año 2019 se estima que existían 970 millones de personas con un trastorno mental. De igual forma, durante la pandemia del COVID-19, la salud mental se vio gravemente deteriorada, dando como resultado un aumento en casos de trastornos depresivos y ansiosos, hasta un 25% más durante el primer año. A pesar de este alto índice, los sistemas de salud mental están fallando en todo el mundo para satisfacer las necesidades de la población mundial, por lo que se crea una brecha entre la necesidad de atención y la atención que se logra brindar a la gente, sobre todo en países de bajos recursos económicos (WHO, 2022).

Entre los trastornos mentales que más se destacan a nivel de la población mundial están: Trastornos de ansiedad (31%), Trastornos depresivos (28,9%), Trastornos del desarrollo (11.1%), Déficit de atención e hiperactividad (8,8%), Trastorno bipolar (4,1%), Trastorno de la conducta (4,1%), Trastorno del espectro autista (2,9%), Esquizofrenia (2,5%) y Trastornos de la conducta alimentaria (1,4%) (WHO, 2022).

Casi un billón de personas en el mundo vive su día a día con un trastorno mental, y muchas veces no son tratados de la manera adecuada, o no son tratados en absoluto. Es preocupante ya que los trastornos mentales también son discapacitantes y no dejan a los individuos vivir una vida plena y normal (Delgado et al., 2021). En un estudio por Delgado et al. (2021), se encontró que el Trastorno de ansiedad es el segundo más discapacitante en la región de América. La depresión es otra condición preocupante a nivel mundial, ya que aparte de ser discapacitante, puede llegar a afectar considerablemente la calidad de vida de las personas, es también uno de los trastornos con más morbilidad y mortalidad por su fuerte asociación con el suicidio (Cuijpers et al., 2020).

Por otro lado, enfocándose en América Latina, el tema de salud mental es más complejo, la OPS estima que, en el año 2016, existía una brecha media del 75,2% para cualquier trastorno mental (OPS, 2023). De igual forma se menciona en el reporte que al año mueren aproximadamente 100.000 personas a causa de suicidio, y que desde el año 2000 al 2019, es la única región de la OMS donde se han incrementado el número de suicidios (17%) (OPS, 2023).

Estos números son alarmantes, y más aún cuando se habla de la población infantil de América Latina, donde la brecha de atención oscila entre el 64% y 86%. Esto se debe principalmente a que se le da menos importancia a esta población, pues no existen los especialistas suficientes que puedan brindar un servicio psicológico o psiquiátrico, y al

mismo tiempo los proveedores de salud primaria no tienen conocimientos ni interés en salud mental enfocada a niños (Kohn, 2018).

Del mismo modo, otra población que llega a sufrir de esta brecha es la población indígena, quienes, a pesar de tener las mismas necesidades de atención en salud mental, presentan una brecha aún más grande que la población no indígena (Kohn, 2018).

A partir del reporte realizado por la OMS sobre salud mental en el año 2001, líderes políticos, profesionales de la salud y la población en general, se han dado cuenta de la importancia de hablar y tratar temas de salud mental, por lo que países de todo el mundo se han comprometido a implementar los marcos de las normas guías para actuar a favor de ésta, de tal forma que las personas tengan información, conocimiento y acceso a un servicio de calidad (WHO, 2022).

No obstante, en un estudio por Carbonell et al., (2020), se evidencia que, a pesar de todos los esfuerzos realizados por los políticos de turno, es un tema que sigue en vías de desarrollo, ya que aún siguen existiendo barreras que imposibilitan el progreso del mismo. Esto se debe a diversos factores, como lo es la falta de financiamiento, ausencia de leyes que promuevan la salud mental, pobre planificación, falta de información y conocimiento sobre estos temas y el alto costo que se requiere para tratar trastornos mentales (Carbonell et al., 2020).

En el caso de Ecuador, ha habido un avance importante con la salud mental a lo largo de la última década, como lo es la adaptación del modelo de atención integral de salud familiar, colectivo e intercultural, el cual prioriza la idea de que los problemas de salud mental no son únicamente de naturaleza biológica, sino también toman en cuenta las condiciones de vida (Baena, 2018).

De igual forma se puso en marcha el Plan Estratégico Nacional y el Modelo de Atención en Salud Mental, en los cuales se busca no utilizar el modelo de atención en hospital, dando paso al modelo de atención comunitaria, evitando así procesos de institucionalización de pacientes con problemas de salud mental. Sin embargo, todos estos modelos de atención han tenido varias restricciones por lo que no se han podido llevar a cabo de la manera correcta. Esto se debe a que no se prioriza a la salud mental en la planificación presupuestaria, no existen suficientes profesionales en salud mental brindando sus servicios en centros de atención primaria, los profesionales que trabajan en centros de atención primaria no cuentan con recursos ni están capacitados para atender casos de salud mental (Baena, 2018).

Por último, todo el sistema de salud mental ecuatoriano sigue funcionando de la misma manera que a principios del siglo, utilizando un modelo biomédico, donde se favorece únicamente la disminución de síntomas, dejando de lado el modelo familiar y comunitario (Baena, 2018).

Problemas de salud mental más frecuentes.

Depresión.

El trastorno depresivo se caracteriza por ser una condición en la que la persona tiene un bajo estado de ánimo, tristeza, falta de interés en tareas cotidianas, incapacidad de disfrutar y otros síntomas por un mínimo de dos semanas todos los días o la mayoría de los días (APA, 2014). La American Psychological Association (2014), refiere que existen varios tipos de depresión y todos forman parte de los trastornos del estado de ánimo.

Existen diversos factores que contribuyen a las causas de la depresión y se dividen en tres principalmente: biológicos, genéticos y psicosociales. Cabe recalcar que los tres funcionan multicausalmente, por lo que están fuertemente relacionados (Monterrosa et al., 2022).

Dentro de los factores biológicos que pueden generar depresión, la causa más frecuente es la baja cantidad de serotonina en el cerebro, al igual que ausencia de noradrenalina y ausencia de dopamina. También se atribuyen a los factores biológicos las alteraciones hormonales y condiciones neurofisiológicas (Hyde y Mezulis, 2020). En cuanto a los factores genéticos, muchas veces la depresión se da hereditariamente, lo que significa que, si un progenitor ha tenido un episodio de depresión alguna vez en su vida, sus hijos probablemente también tengan un episodio depresivo (Kendall, et al., 2021). Por último, con respecto a los factores psicosociales, son de los más comunes en las causas de depresión, o por donde empiezan los episodios depresivos. Aquí se encuentran las situaciones de vida, como el estado socio económico, estado de salud, situaciones psico estresantes, etc (Monterrosa et al., 2022).

La depresión es uno de los trastornos con más prevalencia en el mundo y uno de las más discapacitantes también actualmente. Hasta el año 2015, se estimaba que el 4,4% de la población sufría de depresión, que son más o menos 322 millones de personas. La región con más casos de depresión se da en el sudeste de Asia (27%) seguido del Pacífico occidental (21%) y finalmente América (15%), La depresión es más común en mujeres que en hombres y se da más frecuentemente en países de medios y bajos ingresos económicos (WHO, 2017).

Trastornos mentales y conductuales del niño y adolescente.

Los trastornos mentales y conductuales que se dan en niños y adolescentes difieren mucho a los trastornos de los adultos, ya que se necesitan otros métodos de diagnóstico y se

tiene que tomar en cuenta el modelo de desarrollo humano. Estos abarcan diferentes trastornos, como del desarrollo, emocionales y conductuales (OPS, 2023).

Dentro de los trastornos del desarrollo se encuentran varios tipos de discapacidad intelectual y el trastorno del espectro autista. Todos estos tienden a comenzar desde la niñez y se van desarrollando a lo largo de los años (Bitsko et al., 2022). Los niños en su infancia también pueden llegar a sufrir de trastornos emocionales, y estos trastornos forman parte de los principales problemas de salud mental en adolescentes, aquí se incluye especialmente a depresión y ansiedad (Zhu et al., 2019). Por último, también están los trastornos conductuales, donde se encuentran trastornos como el Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), Trastorno Negativista Desafiante (TND) y Trastorno de la Conducta (TC), los cuales afectan a largo plazo dando como resultado problemas en la educación, abuso de sustancias, problemas mentales, violencia, conductas delincuenciales y menor esperanza de vida (Bitsko et al., 2022).

Una de las causas principales por las que se pueden llegar a dar estos trastornos en niños y adolescentes es por violencia de todo tipo, incluida la violencia psicológica, física y sexual. Tan solo en el año 2021, se reportó que a nivel mundial más de la mitad de los niños entre 2 y 17 años, sufrieron algún tipo de violencia, es decir casi un billón de individuos. Del mismo modo, los niños con problemas de salud mental son más propensos a ser víctimas de violencia (WHO, 2022).

Debido a la pandemia del COVID-19, en América Latina los padres, madres y cuidadores se han visto afectados gravemente en contexto de salud mental por factores económicos y laborales, resultando en el incremento de los niveles de violencia intrafamiliar. Se entiende que la situación de salud mental de padres, madres y cuidadores afecta directamente a niños, niñas y adolescentes, por lo que la situación de salud mental en esta población también ha empeorado en los últimos años (Tirado-Hurtado, 2020).

Demencia.

La demencia, ahora denominada trastorno neurocognitivo mayor según el DSM-5, representa uno de los principales desafíos de salud a nivel mundial debido a su elevada prevalencia y al significativo costo económico y social asociado. Con aproximadamente 46 millones de personas afectadas en la actualidad, se proyecta que esta cifra se duplique cada 20 años, llegando a 131,5 millones de personas para el año 2050 (Iribarne et al., 2020).

La demencia se presenta como un síndrome que implica una disminución significativa de las capacidades cognitivas, afectando áreas como la memoria, el pensamiento y el razonamiento, lo cual interfiere de manera notable con las actividades diarias. No se trata de una enfermedad específica, sino más bien de un conjunto de síntomas asociados a condiciones subyacentes como la demencia vascular, la enfermedad de Alzheimer, la demencia frontotemporal o la demencia con cuerpos de Lewy (Raina Loh, 2019). La demencia se presenta como un síndrome que se manifiesta con una significativa disminución de las capacidades cognitivas, incluyendo la memoria, el pensamiento y el razonamiento, lo cual afecta de manera sustancial el funcionamiento diario de quienes la padecen. La transición demográfica hacia una sociedad envejecida ha generado preocupaciones crecientes, ya que más personas están expuestas a los riesgos asociados con el envejecimiento, como el dolor y la demencia (Achterberg, 2020).

La conjunción de la demencia con la pandemia de COVID-19 ha generado especial inquietud, especialmente para aquellos que viven con esta condición (Wang et al., 2020). En países de ingresos bajos y medianos, la falta de acceso a la educación secundaria, junto con altas tasas de hipertensión, obesidad, pérdida de audición, diabetes y tabaquismo, aumenta la proporción de demencia potencialmente prevenible (Livingston et al., 2020).

La importancia de mantenerse activo cognitivamente, físicamente y socialmente en la mediana edad y en la vejez se destaca como una recomendación, aunque se reconoce que la evidencia sobre una actividad específica que proteja contra la demencia es limitada (Livingston et al., 2020). La investigación para comprender los mecanismos detrás de la función cognitiva preservada y deteriorada en el envejecimiento saludable y la demencia se centra en comprender las relaciones espaciales de las redes cerebrales y los mecanismos de su resiliencia (Watanabe et al., 2021). Aunque la actividad física tiene beneficios conocidos para diversas enfermedades crónicas, la evidencia sobre su asociación con el desempeño cognitivo y la tasa de declinación cognitiva o conversión a demencia es contradictoria (Russo et al., 2020).

Los síntomas de la esfera anímica, presentes en varios cuadros médicos y psiquiátricos, adquieren características particulares en el adulto mayor, especialmente en trastornos del ánimo como el trastorno depresivo mayor y el trastorno bipolar, los cuales se asocian a una mayor morbilidad y mortalidad en comparación con personas más jóvenes (Iribarne et al., 2020).

Trastorno por el consumo de sustancias.

El Trastorno por el Consumo de Sustancias (TCS) es una afección médica caracterizada por el uso inapropiado, descontrolado y, en muchos casos, perjudicial de sustancias psicoactivas, como alcohol y drogas. Este trastorno abarca diversas sustancias y puede manifestarse en grados variables, desde leves hasta severos, dependiendo de la cantidad, frecuencia y consecuencias negativas asociadas con el consumo (Sanz, 2019). Por otro lado, los factores contribuyentes del TCS resultan de una interacción compleja entre factores biológicos, genéticos, psicológicos y ambientales. Los efectos neuroquímicos de las sustancias alteran la función cerebral, afectando áreas relacionadas con el placer, la toma de decisiones y el autocontrol (Castro et al., 2018).

En relación con los criterios de diagnóstico, los profesionales de la salud mental utilizan criterios específicos según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5) para diagnosticar el Trastorno por el Consumo de Sustancias. Algunos de estos criterios incluyen: consumo de la sustancia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo previsto, deseo persistente o esfuerzos infructuosos para controlar o reducir el consumo, deseo intenso y persistente o esfuerzos infructuosos para dejar de consumir, uso continuado a pesar de tener problemas sociales, laborales o de salud mental inducidos por la sustancia, tolerancia y síndrome de abstinencia (2013).

Por otro lado, el trastorno por el consumo de sustancias puede tener consecuencias graves para la salud física y mental, así como para las relaciones interpersonales y la función social y laboral. Asimismo, el tratamiento generalmente implica una combinación de terapia cognitivo-conductual, intervenciones farmacológicas (cuando sea apropiado) y apoyo de la red de relaciones del individuo. El enfoque terapéutico puede variar según la sustancia específica, la gravedad del trastorno y las necesidades individuales. La detección temprana y la intervención son esenciales para mejorar los resultados a largo plazo y ayudar a las personas a recuperarse del TCS (Campo et al., 2019).

Es importante saber que, a nivel mundial, Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), estima que aproximadamente 270 millones de personas en todo el mundo consumen drogas ilícitas. Es importante destacar que es probable que las cifras reales sean más altas debido a la subdeclaración y otras limitaciones en la recopilación de datos en este ámbito (Mosquera et al., 2022).

Trastorno de estrés postraumático.

Trastorno de Estrés Postraumático (TEPT) es uno de los trastornos psiquiátricos más comunes en la población y surge después de experimentar algún evento traumático. En el año 1980 se dio a conocer el término por las persistentes reacciones de estrés que fueron

oficialmente reconocidas en la nosología psiquiátrica, y dieron lugar al diagnóstico del mismo, tras observar problemas de salud mental en las tropas que regresaban de Vietnam (Bryant, 2019).

Se introduce el concepto de trastorno de estrés postraumático complejo, adoptado en la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades), que se caracteriza por síntomas postraumáticos y alteraciones crónicas en la regulación emocional, identidad y relaciones en individuos expuestos de manera sostenida o múltiple a traumas, como abuso infantil o violencia doméstica (Hori et al., 2019). Actualmente, el TEPT se diagnostica principalmente basándose en síntomas psicológicos y conductuales, pero evidencia reciente sugiere un vínculo entre este trastorno y alteraciones en los sistemas inmunológico e inflamatorio (Hori et al., 2019).

Además, existe gran amplitud en las causas de este trastorno y pueden variar dependiendo de los eventos traumáticos que se experimentan. Principalmente, se caracteriza por presentar una variedad de manifestaciones clínicas que incluyen reexperimentación del miedo, anhedonia, estados de ánimo disfóricos, y síntomas disociativos, según el DSM-5. Esta condición abarca eventos como guerra, amenazas físicas, abuso, secuestro, y desastres naturales (APA, 2013). Righy et al., (2019) enfatizan la exposición a eventos que amenazan la vida y la presencia de recuerdos intrusivos, síntomas de hiperactivación y conductas de evitación en el TEPT, ampliando su alcance para incluir respuestas a eventos como accidentes de tráfico y enfermedades médicas graves (Righy et al., 2019).

Bryant (2019) destaca la diversidad de enfoques que existen dentro de la Terapia Cognitivo-Conductual para el Trastorno de Estrés Postraumático (TF-CBT), que abarca desde la exposición prolongada hasta la desensibilización y el reprocesamiento de movimientos oculares, así como terapias cognitivas y de procesamiento cognitivo; así como algunos complementos farmacológicos como metilendioximetanfetamina (MDMA) los cuales

colaboran específicamente en relación con la mejora de la actividad cerebral en áreas cruciales para procesos terapéuticos como la extinción de respuestas asociadas a traumas. (Bryant, 2019).

Este trastorno a lo largo del tiempo, ha sido objeto de avances importantes en su diagnóstico y evaluación. Se manifiesta con una prevalencia que varía entre el 1% y el 8% en la población general, llegando incluso a alcanzar un notable 50% en entornos de salud mental (Fortney y Simpson, 2018). En una perspectiva global, la prevalencia del TEPT a lo largo de la vida se estima en aproximadamente el 3.9% (Fortney y Simpson, 2018). Estos datos subrayan la relevancia de abordar el TEPT en diferentes contextos, desde la población general hasta entornos especializados, con un enfoque especial en las necesidades específicas de distintos grupos demográficos y etarios.

Suicidio.

El fenómeno del suicidio y las conductas suicidas continúa representando un desafío significativo para las políticas públicas y los servicios de salud en diversas partes del mundo, y se ha evidenciado un incremento en las tasas de muertes por suicidio en algunos países, lo que subraya la necesidad de abordar de manera integral este complejo problema (Turecki et al., 2019). A pesar de los esfuerzos, explicar esta conducta sigue siendo un desafío considerable, especialmente porque implica una acción voluntaria que va en contra de la propia existencia. Además, se ha observado un aumento sustancial en las tasas globales de suicidios en las últimas décadas, y resulta particularmente inquietante el incremento registrado en los comportamientos suicidas entre jóvenes de 15 a 25 años (Lezano, 2019).

En un intento por mejorar la comprensión y la identificación de riesgos suicidas, se ha introducido el Trastorno de Conducta Suicida (SBD) en el DSM-5, buscando una mayor

consideración y posible aceptación en el sistema de diagnóstico. Este enfoque podría aportar avances positivos en la identificación y tratamiento de individuos en riesgo de conducta suicida (Fehling et al., 2021). Es esencial reconocer que el desarrollo del riesgo de suicidio es un proceso complejo que involucra contribuciones de factores biológicos (incluida la genética), psicológicos, clínicos (como enfermedades psiquiátricas comórbidas), sociales y ambientales, lo que destaca la necesidad de enfoques holísticos en la prevención y el tratamiento (Turecki et al., 2019).

La pandemia de COVID-19 ha traído consigo desafíos adicionales en el ámbito de la salud mental, afectando especialmente a personas con trastornos psiquiátricos. El aumento de síntomas depresivos, de ansiedad y de estrés postraumático se ha asociado con un mayor riesgo de suicidio. Las consecuencias relacionadas con el suicidio durante la pandemia varían según las medidas de control de salud pública, las estructuras socioculturales, la disponibilidad de alternativas digitales a las consultas cara a cara y los apoyos existentes, resaltando la importancia de estrategias flexibles y adaptativas (Gunnell et al., 2020).

Además, se ha observado que la muerte por suicidio, especialmente utilizando métodos violentos, es más frecuente entre los hombres en la mayoría de las culturas y está asociada con síntomas psicóticos, señalando la complejidad de los factores involucrados en estos trágicos eventos (Baldessarini, 2020). A nivel global, el suicidio afecta a todas las edades, sexos y regiones, siendo las tasas más altas entre los adolescentes mayores y los hombres. La limitación del acceso a medios letales ha demostrado ser una intervención efectiva en la prevención del suicidio, con reducciones significativas en casos específicos y sin evidencia de un efecto sustitutivo significativo (WHO, 2019). Estos hallazgos subrayan la necesidad de estrategias integrales y personalizadas para abordar el complejo problema del suicidio en diversas poblaciones y contextos.

Psicosis.

La psicosis, que se define como una combinación de síntomas psicológicos que conducen a una pérdida de contacto con la realidad, afecta entre el 1,5 al 3,5 % de la población. Además, una proporción significativamente mayor de la población experimentará al menos un síntoma psicótico en algún momento de su vida. La psicosis puede ser causada por una variedad de factores incluyendo trastornos neuropsiquiátricos, consumo de sustancias y trastornos del estado de ánimo (Cornblatt y Auther, 2022).

Esta afección se encuentra en una variedad de trastornos psiquiátricos, neuropsiquiátricos, neurológicos y médicos, incluido el espectro de la esquizofrenia y otros trastornos psicóticos. Con esta enfermedad se ven afectados tanto los pacientes como sus seres queridos se enfrentan han este problema (Cornblatt y Auther, 2022).

La gravedad de los síntomas psicóticos puede predecir aspectos importantes, como déficits cognitivos o neurobiológicos. El DSM-5, en su Sección III, proporciona un marco detallado para evaluar la gravedad de los síntomas, facilitando la planificación del tratamiento, la toma de decisiones sobre el pronóstico, y la investigación de los mecanismos fisiopatológicos (DSM5). Se caracteriza por la persistencia de delirios por al menos un mes, muestra un deterioro más circunscrito en el funcionamiento psicosocial en comparación con otros trastornos psicóticos, como la esquizofrenia (APA, 2013).

Los primeros episodios psicóticos presentan desafíos en la predicción de la remisión y recuperación, ya que factores como la falta de adherencia a la medicación, trastorno por uso de sustancias persistente, comentarios críticos del cuidador, y ajuste premórbido deficiente se han identificado como riesgos significativos (Suvisari et al., 2018).

En términos de tratamiento, se ha comprobado que realizar ejercicio ayuda a reducir síntomas positivos y negativos, mejorando el funcionamiento cognitivo en la esquizofrenia a largo plazo. Asimismo, adoptar un estilo de vida saludable que incluya ejercicio y componentes dietéticos puede mejorar el funcionamiento psicosocial en el primer episodio de psicosis, según estudios transversales que también asocian la actividad física y el estado físico con mejores resultados funcionales (NIMH, 2021).

Discapacidad Intelectual.

Las personas que tienen una discapacidad intelectual tienen un déficit en el neurodesarrollo y principalmente tienen problemas y limitaciones en el funcionamiento normal intelectual y en comportamientos adaptativos (Lee et al., 2019).

Esta condición se da principalmente por variaciones genéticas en el ADN, exposición de la madre embarazada a químicos tóxicos, radiación UV e infecciones, al igual que malnutrición y enfermedades que se dan generalmente en la niñez, como meningitis, sarampión y traumas craneoencefálicos (Ilyas et al., 2020).

Es importante diferenciar los diferentes tipos de discapacidad intelectual que las personas pueden llegar a tener, ya que, dependiendo de esto, los tratamientos van a variar. Cabe recalcar que las personas con discapacidad intelectual tienden a sufrir de un trastorno mental, por lo que, dentro de los tratamientos, la mayoría de las veces se incluye ayuda psicológica (Byrne, 2020).

La discapacidad intelectual se da en gente de toda edad y comienza generalmente desde que son niños. Se estima que de 1 a 3% de niños en el mundo tienen algún tipo de discapacidad intelectual (Patel et al., 2020).

A nivel mundial, del 1% al 4% de la población cuenta con una discapacidad intelectual, y es América Latina el continente que más afectado se ve, siendo cuatro veces mayor en comparación al resto del mundo por situaciones de problemas en el embarazo, desnutrición y dificultades económicas (Cuesta y Ortega, 2019).

Con respecto a la discapacidad intelectual en Ecuador, el 23% de las personas registradas en el Consejo Nacional Para Igualdad de Discapacitados (CONADIS), tienen discapacidad intelectual. De igual manera, de las 433.169 personas que tienen discapacidad en general en Ecuador, tan solo 65.804 personas discapacitadas se encuentran activas laboralmente (Mina y Barzola, 2018).

Epilepsia.

La epilepsia es una enfermedad crónica del cerebro, en la que existe una predisposición a tener convulsiones sin la existencia de un daño en el sistema nervioso central, ni otro estímulo (Beghi, 2019).

Todas las personas que sufren de epilepsia tienen convulsiones, pero las personas que tienen convulsiones no necesariamente serán diagnosticadas con epilepsia. Es importante mencionar que la epilepsia es una de las enfermedades más discapacitantes, ya que afecta en el funcionamiento social, vocacional, físico y psicológico (Perucca et al., 2020).

No existe una cura para la epilepsia, solamente se puede tratar mediante medicación y en ciertos casos procedimientos quirúrgicos, pero no se puede asegurar que todos los tratamientos servirán en todos los casos (Nazarov, 2022).

Afecta a hombres y mujeres de toda edad, y no existe una razón específica por la que se da esta enfermedad y se estima que existen aproximadamente 50 millones de personas con epilepsia en todo el mundo (Perucca et al., 2020). Específicamente en América Latina, hay alrededor de cinco millones de personas que padecen de esta condición y aproximadamente el

50% de ellas no utilizan los servicios disponibles de salud. Con relación a Ecuador, se estima que hay más de 200.000 personas con epilepsia y de igual forma, tan sólo la mitad pueden acceder a un tratamiento digno, situación que no solo los afecta a ellos, sino que influye además en su entorno social y su condición psicológica y laboral (Navarrete, et al., 2019).

Factores que contribuyen al problema

Barreras geográficas y poca atención a las zonas rurales.

Uno de los factores que aporta a la brecha de salud mental es la barrera geográfica y la desatención a las zonas rurales que existe en varios países. Sobre todo, en Latinoamérica existe una gran parte de la población que vive en zonas rurales o de difícil acceso debido a la geografía, por lo que no existen centros de salud en estos lugares, y la población tiene más dificultad para acceder a atención médica de calidad, y peor aún, de salud mental (Fiorini, et al., 2022).

De igual manera, en el caso de que existan centros de salud para una población rural, es muy probable que no haya especialistas para tratar temas de salud mental por lo que las personas de zonas rurales tienen que viajar a las zonas urbanas donde sí pueden tener una atención de calidad (Reardon, 2022).

Es por esto que es evidente la brecha que se crea entre las zonas rurales y urbanas en cuanto a la accesibilidad de servicios de atención en salud mental, un 33% menos según un estudio realizado en Estados Unidos (Kirby, et al., 2019)

Factores culturales y lingüísticos.

Otro de los grandes problemas que dificultan la accesibilidad a la atención en salud mental son las barreras lingüísticas y culturales. Hernández (2023) refiere que una de las

barreras que amplían la brecha de salud mental es la del idioma, sobre todo en las personas migrantes, que son de las poblaciones donde más se dan problemas de salud mental.

De igual forma se destaca que existe poca preparación de los profesionales de salud cuando se trata con pacientes provenientes de otro contexto sociocultural al que están acostumbrados, por lo que se debería implementar facilitadores socioculturales o adaptar los instrumentos de medición de riesgo psicosocial para que sean más diversos en el contexto cultural (Carreño et al., 2022).

Asimismo, cuando se busca atención psicológica en un país donde se tiene una cultura distinta, las personas reportan miedo y rechazo al momento de acceder a un servicio de salud, ya que existe un favoritismo de la cultura del país donde se encuentran (Astorga-Pinto et al., 2019).

Falta de conciencia.

La falta de conciencia sobre la salud mental se manifiesta en diversos contextos, generando consecuencias significativas para aquellos que enfrentan desafíos en su bienestar mental. (Purcell R et al., 2019). En entornos laborales, como en el caso del personal de urgencias, la falta de información acerca de los impactos negativos en la salud mental y la falta de atención a estas necesidades pueden afectar significativamente a los profesionales. La agresión verbal y física en el lugar de trabajo se ha relacionado con el deterioro de la salud mental del personal de urgencias, subrayando la importancia de identificar y abordar estas situaciones. La contratación de enfermeras de salud ocupacional y el reconocimiento de las emociones emergen como estrategias para mitigar el estrés ocupacional (Naushad et al., 2019).

En el ámbito de la salud mental, los profesionales a menudo trabajan en una cultura de atención unidireccional, donde se espera que proporcionen apoyo emocional, dejando de lado su propio bienestar. Esta dinámica puede llevar a resultados negativos para los profesionales, como estrés, agotamiento y deterioro profesional. La falta de conciencia sobre la importancia del autocuidado y la necesidad de establecer límites adecuados contribuyen a esta problemática, enfatizando la necesidad de abordar la salud mental de los profesionales (Posluns, 2020).

Carencia de formación en temas de salud mental de personal médico.

Como depende de cada individuo velar por su bienestar y buscar ayuda cuando enfrentan un problema mental persistente, es de igual manera fundamental que el personal médico esté en constante formación en cuanto a educación de la salud mental para que puedan abordar de manera eficaz y acertada los problemas de salud física y mental de sus pacientes. Sin embargo, aunque muchos profesionales médicos reciben una formación sólida en aspectos clínicos y fisiológicos de la salud, a menudo existen carencias en la formación en temas de salud mental. Una de estas carencias es la escasa formación en intervenciones no farmacológicas ya que a menudo la formación médica se centra en el uso de medicamentos para tratar problemas de salud mental, descuidando las intervenciones psicoterapéuticas y otras estrategias no farmacológicas que pueden ser igualmente importantes para el tratamiento integral (Elkbuli, et al., 2020). Asimismo, la falta de enfoque en la prevención de problemas de salud mental no siempre recibe la atención adecuada en la formación médica, es por ello, que la falta de énfasis en la identificación temprana de factores de riesgo y la promoción de la salud mental puede contribuir a la atención tardía o inadecuada de estos problemas (Bashir et al, 2020). Es importante considerar el abordaje culturalmente insensible

dado que la formación médica a veces pasa por alto la importancia de considerar los factores culturales en la salud mental, también, la falta de sensibilidad cultural puede llevar a malentendidos y a la falta de conexión con pacientes de diversas culturas (Mondragón et al., 2022). Abordar estas carencias en la formación en salud mental del personal médico es esencial para mejorar la calidad de la atención y garantizar una atención integral que tenga en cuenta tanto los aspectos físicos como los emocionales de la salud de los pacientes. La promoción de una formación más equilibrada y centrada en el paciente puede contribuir significativamente a la atención integral de la salud.

Violencia y conflictos.

La violencia y los conflictos ejercen un profundo impacto en la salud mental de las poblaciones afectadas. Este fenómeno abarca diversos tipos de violencia masiva, exponiendo a grandes grupos de personas a traumas que resultan en trastornos mentales. La exposición a situaciones traumáticas se manifiesta de manera significativa en la salud mental de la población, representando un desafío y una oportunidad para los profesionales de la salud mental (Murthy, 2007).

La exposición continua a diferentes formas de violencia aumenta el riesgo de sufrir problemas de salud mental, como el trastorno de estrés postraumático (TEPT), depresión y problemas de consumo de sustancias. Este impacto se mantiene estable durante un período de tiempo prolongado, destacando la importancia de comprender el impacto acumulativo de la exposición a la violencia (Hedtket et al., 2008).

En contextos de rápida urbanización, como América Latina, la violencia se asocia con mayores probabilidades de trastornos mentales, tanto de internalización como de

externalización. La violencia a nivel de la comunidad también emerge como un factor relevante en la salud mental de los ciudadanos, independientemente de la exposición personal de un individuo. Este enfoque destaca la importancia de considerar el contexto de la zona en la que se reside al estudiar los trastornos mentales en comunidades urbanas (Benjet et al., 2019).

Migración y desplazamiento forzado.

Por otro lado, un significativo factor que contribuye al problema de la brecha en atención en salud mental es la migración y los desplazamientos forzados, estos son fenómenos globales que han caracterizado la historia de la humanidad y continúan siendo temas cruciales en la actualidad. La migración puede ser impulsada por diversos factores, como la búsqueda de oportunidades económicas, la huida de conflictos armados, la persecución política, la discriminación étnica o religiosa y los desastres naturales (Castles, 2014). En contraste, los desplazamientos forzados suelen estar vinculados a situaciones más extremas, donde las personas se ven obligadas a abandonar sus hogares debido a la violencia, la guerra o la violación de los derechos humanos. Asimismo, es importante mencionar que más de 108,4 millones de individuos en todo el planeta se han visto forzados a abandonar sus residencias, y dentro de este grupo, aproximadamente 35,3 millones son refugiados, de los cuales alrededor del 41 % son menores de 18 años. En la actualidad, cerca del 85% de los refugiados del mundo se concentran en países en desarrollo y solo el 14% en los países desarrollados más ricos (ACNUR, 2022)

Históricamente, la migración ha sido un motor de cambio y desarrollo, contribuyendo a la diversidad cultural y al intercambio de conocimientos. Sin embargo, los desplazamientos forzados conllevan enormes desafíos humanitarios (Larrinaga y Vela, 2018). Los refugiados,

quienes han abandonado sus países debido a amenazas a su vida o libertad, a menudo se enfrentan a condiciones precarias en los campos de refugiados, lidiando con la falta de recursos básicos, acceso a la educación y atención médica (Ríos, 2014).

La crisis migratoria contemporánea ha puesto de manifiesto la necesidad de abordar las causas subyacentes de la migración forzada, como los conflictos armados, la pobreza extrema y la falta de derechos humanos. La cooperación internacional, la protección de los derechos de los migrantes y refugiados, y el desarrollo sostenible son elementos clave para abordar estos desafíos de manera integral (Luna y Mejía, 2019). Además, la migración también plantea cuestiones políticas y sociales en los países receptores, desde la integración cultural hasta la gestión de flujos migratorios. La xenofobia y la discriminación a menudo surgen en este contexto, subrayando la importancia de promover la tolerancia y el entendimiento intercultural (Luna y Mejía, 2019).

Cabe recalcar que la migración y los desplazamientos forzados pueden tener un impacto significativo en la salud mental de las personas debido a una variedad de factores estresantes y desafíos asociados con estos procesos, como: El trauma y estrés postraumático dado que las personas que han experimentado desplazamientos forzados a menudo han estado expuestas a situaciones traumáticas, como conflictos armados, violencia o persecución; la pérdida y duelo, ya que la migración a menudo implica la pérdida de hogar, comunidad y, en algunos casos, la pérdida de seres queridos (Salazar et al., 2021).

Este proceso de adaptación a un nuevo entorno y la necesidad de dejar atrás aspectos significativos de la vida pueden generar sentimientos de duelo y pérdida, contribuyendo a la angustia emocional; también, existen desafíos de adaptación cultural porque migrar implica a menudo la adaptación a nuevas culturas, idiomas y normas sociales, esta dificultad para

integrarse en la sociedad receptora puede generar estrés, ansiedad y sensaciones de alienación (Nina-Estrella, 2018).

Otro de los factores contribuyentes al impacto en la salud mental es la inseguridad económica y el estigma y discriminación debido a que muchas personas migrantes enfrentan desafíos económicos significativos, ya sea debido a la falta de empleo, empleo precario o la pérdida de estatus socioeconómico, además, las personas que han sido desplazadas a menudo enfrentan un trato injusto, que puede afectar negativamente la autoestima, generar ansiedad social y contribuir a problemas de salud mental. Asimismo, la separación de familias, el acceso limitado a servicios de salud mental y el impacto en grupos vulnerables, como mujeres, niños y personas mayores, pueden enfrentar desafíos particulares durante la migración y el desplazamiento forzado. Por ejemplo, las mujeres pueden estar expuestas a mayores riesgos de violencia de género, mientras que los niños pueden experimentar traumas que afectan su desarrollo emocional (Aguirre, 2023). En conjunto, estos factores pueden contribuir a una carga significativa en la salud mental de las personas afectadas por la migración y los desplazamientos forzados. Es importante abordar estos problemas desde una perspectiva holística, brindando apoyo psicosocial, servicios de salud mental y medidas para facilitar la adaptación y la integración en las nuevas comunidades.

Estrategias aplicadas (previamente o en casos similares)

La salud mental es una prioridad de salud pública a nivel mundial, y la capacitación efectiva de profesionales en el ámbito de la salud mental es esencial para abordar esta creciente carga.

Aparte del mhGAP, hay diversas estrategias y programas de capacitación en salud mental que se centran en fortalecer las habilidades de los profesionales de la salud. Entre las más conocidas está el Programa de Formación Mental Health First Aid (MHFA), es un programa diseñado para capacitar a personas a reconocer los signos de problemas de salud mental y proporcionar apoyo inicial. Este programa se centra en la educación pública y está diseñado para cualquier persona, no solo profesionales de la salud (Alé y Quevedo, 2020). Asimismo, existe la estrategia Integración de la Salud Mental en la Atención Primaria (Mental Health Integration in Primary Care - MHIPC), que busca integrar la salud mental en la atención primaria y se enfoca en capacitar a profesionales de la salud primaria para reconocer y tratar problemas de salud mental en el entorno de la atención primaria (U.S. Department of Veterans Affairs, 2022). También existen otros programas a nivel mundial como el Programa de Capacitación en Intervenciones Breves (Brief Intervention Training Program) que se centra en la capacitación de profesionales de la salud para ofrecer intervenciones breves y efectivas en casos de crisis o emergencias de salud mental (NAADAC, 2018) o la el Programa de Entrenamiento en Terapia Cognitivo-Conductual (CBT Training Program) que se centra en la capacitación de profesionales en terapia cognitivo-conductual, una modalidad terapéutica efectiva para varios trastornos mentales que incluye sesiones prácticas y supervisión para mejorar las habilidades clínicas (The Beck Institute).

La capacitación en salud mental debe evolucionar para satisfacer las demandas cambiantes de la atención médica global. A través de la implementación de estrategias innovadoras, como plataformas virtuales interactivas, colaboración global en línea y enfoques basados en competencias, podemos fortalecer la preparación de los profesionales en salud mental. La combinación de tecnologías emergentes y enfoques pedagógicos avanzados es

esencial para abordar de manera efectiva los desafíos complejos de la salud mental a nivel mundial. La inversión en estas estrategias no solo mejora la calidad de la atención, sino que también contribuye a la construcción de una fuerza laboral de salud mental más capacitada y resiliente.

PROPUESTA

Objetivos

Este proyecto tiene como objetivo principal colaborar activamente en promover el fortalecimiento de las capacidades del personal de la Secretaría de Salud mediante la participación en el Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) de la OPS. Adicionalmente, buscamos concientizar y sensibilizar al personal de salud del Municipio de Quito acerca de los derechos humanos de las personas con problemas de salud mental. Asimismo, nos enfocamos en colaborar en la capacitación de este personal, brindando diferentes estrategias para actuar sin necesidad de referir a otras instancias.

En términos más específicos, se busca apoyar en el diseño de talleres, los cuales fueron ejecutados en colaboración con profesionales de la OPS y HAIAS. Además, se pretende respaldar la facilitación de estos talleres a través del diseño y ejecución de actividades dinámicas que fomenten la participación activa de los participantes. Igualmente, se plantea apoyar en el proceso de evaluación de los talleres para determinar el nivel de satisfacción de los participantes y ajustar futuras intervenciones.

El curso impartido se centra en abordar los principios generales de atención, especialmente dirigido a los proveedores de asistencia sanitaria no especializados del Ministerio de Salud de Quito. Se busca abordar el tratamiento de primera línea de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias durante situaciones de emergencia

humanitaria. En este contexto, el proyecto se enfoca en fortalecer las herramientas necesarias para la identificación de la sintomatología, la evaluación y el desarrollo de un plan de manejo básico, así como el seguimiento de los trastornos de salud mental.

Adicionalmente, la iniciativa incluye la concientización y sensibilización del personal de salud en el Municipio de Quito respecto a los diversos aspectos de salud mental que pueden surgir en su entorno laboral. Se esfuerza por impartir conocimientos sobre diferentes estrategias que permitan al personal de salud actuar de manera humana y eficaz ante los desafíos relacionados con la salud mental. El objetivo final es proporcionar a los profesionales las herramientas y habilidades necesarias para abordar estas situaciones de manera comprensiva y brindar un apoyo efectivo a quienes lo necesiten en su comunidad.

Productos o Actividades

Colaboramos estrechamente con la OPS y HAIS Ecuador en la ejecución de tres capacitaciones destinadas a doscientos profesionales de la salud en el Municipio de Quito. Nuestra participación se centró en brindar apoyo y soporte mediante la implementación de actividades dinámicas y energizantes, así como colaborar en los tres talleres, cumpliendo meticulosamente con los objetivos predefinidos en conjunto con las organizaciones.

El proceso se inició con la realización del curso mhGAP por cada estudiante, para obtener conocimientos sólidos sobre el tema y obtener la certificación correspondiente. Adicionalmente, durante la revisión de literatura, nos enfocamos en explorar diferentes temas para discutir en detalle durante los talleres. Se seleccionaron cuidadosamente los temas principales, y se llevó a cabo una investigación para identificar las brechas existentes en el personal de salud, con el objetivo de diseñar un taller que fuera verdaderamente útil y funcional para los participantes.

Presentamos una propuesta detallada a la OPS y HAIS Ecuador, que incluía un esquema completo del taller con cada uno de los temas tratados en el mhGAP, destacando su relevancia. Este esquema incluía actividades específicas para cada uno de los temas que podrían implementarse durante la capacitación. A través de reuniones con la OPS y HAIS Ecuador, nuestro equipo de la USFQ colaboró en la elaboración de una agenda detallada para la realización presencial de los dos talleres, hora por hora y realizó cambios en la propuesta original.

Como se indicó anteriormente, se realizaron tres sesiones. Durante la primera capacitación, realizada a través de Zoom, se buscaba generar conexión, animar e incentivar a los participantes que tomen el curso mhGAP, para que puedan contar con los conocimientos básicos antes de la capacitación presencial, donde se los reforzaría por medio de actividades dinámicas.

En esta sesión, los estudiantes contribuimos con una actividad de rompehielos diseñada para fomentar la participación de todos los involucrados. La actividad, denominada "Prende la cámara si...", consistió en formular distintas preguntas destinadas a incentivar la activación de las cámaras en caso de que los participantes tuvieran alguna de las características mencionadas. Esta actividad permitió establecer un ambiente participativo y facilitó la interacción entre facilitadores y participantes.

La metodología de los dos días de capacitación se dividió en diferentes subtemas como derechos humanos, depresión, consumo de sustancias, esquizofrenia, suicidio y profundizar en la información incluida en el mhGAP. Durante las dos sesiones presenciales se procuró utilizar el ciclo de Kolb para el diseño de las actividades, propuesta que implica de cuatro etapas: Inmersión en experiencias tangibles, observación reflexiva, conceptualización y aplicación (Kuri, 2000). Para aplicar este modelo de aprendizaje experiencial, se realizaron actividades

como casos, rol-plays y ejercicios de activación conductual para poner en práctica lo aprendido. A lo largo del taller todos los integrantes del grupo de titulación de USFQ dieron soporte en las distintas etapas y se realizaron actividades acordes a cada uno de los temas tratados en el taller.

Se puede ver en el **ANEXO A** el detalle de la planificación de las tres sesiones realizadas. Este diseño fue realizado de manera conjunta con Aimee Dubois de la OPS, Efrén Astudillo y Belén Jaramillo de HAIAS.

Evaluación de resultados

El objetivo principal de estas capacitaciones fue que los profesionales de la salud que se encuentran en el primer nivel de atención puedan aplicar efectivamente los principios generales de atención que ofrece la guía mhGAP, asimismo reforzar sus conocimientos en relación con problemas de la salud mental más habituales y que suelen surgir en situaciones de abandono, desastres naturales y desplazamiento forzado.

Al culminar los dos días de capacitación, se aplicó una encuesta a los 200 participantes para evaluar su nivel de satisfacción con el programa recibido. Las preguntas giraron en torno a:

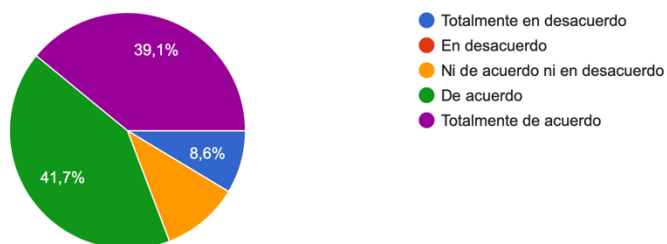
- ¿Qué tan satisfecho se sintió con los dos días de taller?,
- La presentación del material fue comprensible,
- Considera que podrá aplicar el contenido del taller en su práctica profesional,
- Las dinámicas y ejercicios aportaron positivamente en el desarrollo del taller,
- Pregunta abierta para ofrecer comentarios y/o recomendaciones.

A continuación, se examinarán las 200 respuestas obtenidas en relación con las preguntas formuladas a los participantes en la encuesta.

Figura 1

¿Qué tan satisfecho se sintió con los dos días de taller?:

151 respuestas

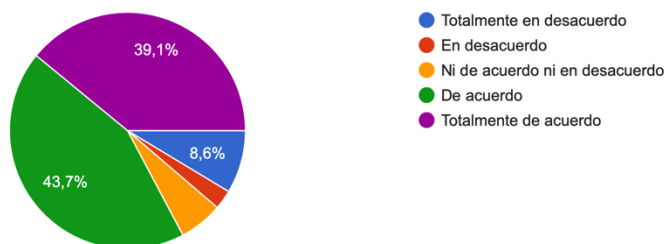


La mayoría de los participantes en las capacitaciones expresaron estar en acuerdo (41.7%) o totalmente de acuerdo (39.1%) Solo un pequeño porcentaje indicó sentirse totalmente en desacuerdo (8.6%), y no hubo respuestas en la categoría "En desacuerdo". Además, un 10.6% de los participantes se situaron en la opción "Ni de acuerdo ni en desacuerdo". Estos resultados sugieren una satisfacción general positiva con el taller, con una proporción considerable de los participantes que expresó un alto nivel de acuerdo con la experiencia.

Figura 2

La presentación del material fue clara y comprensible:

151 respuestas

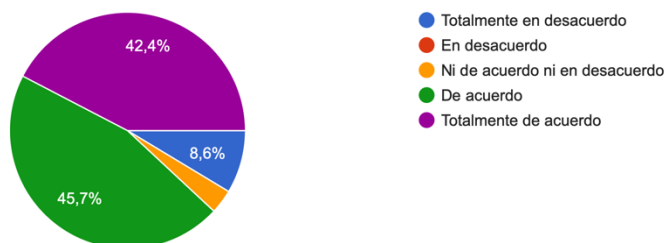


En cuanto a la percepción sobre la claridad de la presentación del material, la mayoría de los participantes se situaron en las categorías de "De acuerdo" (43.7%) y "Totalmente de acuerdo" (39.1%), lo que indica una apreciación positiva de la claridad y comprensibilidad de la presentación. Un porcentaje bajo expresó desacuerdo, siendo el 2.6% en la categoría "En desacuerdo" y el 8.6% en "Totalmente en desacuerdo". Un 6.0% de los participantes se ubicaron en la opción "Ni de acuerdo ni en desacuerdo". Estos resultados sugieren una recepción mayoritariamente positiva en cuanto a la claridad del material presentado.

Figura 3

Considero que podré aplicar el contenido del taller en mi práctica profesional:

151 respuestas



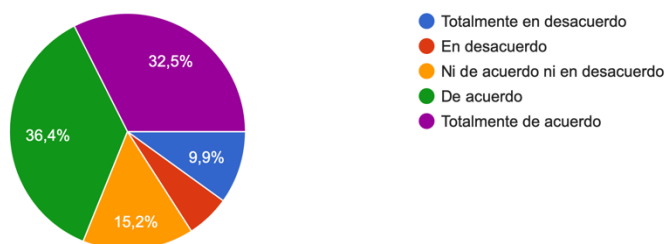
En relación con la percepción de la aplicabilidad del contenido del taller en la práctica profesional, se observa una diversidad de respuestas. La mayoría de los participantes se encuentra en las categorías "De acuerdo" (45.7%) y "Totalmente de acuerdo" (42.4%),

indicando una confianza significativa en la utilidad práctica del contenido. Sin embargo, se registra un porcentaje notable en las categorías de desacuerdo, con el 20.0% en "En desacuerdo" y el 8.6% en "Totalmente en desacuerdo". Un 3.3% de los participantes se sitúa en la opción "Ni de acuerdo ni en desacuerdo". Este conjunto de respuestas sugiere una percepción generalmente positiva, aunque también hay un segmento que no está completamente convencido de la aplicabilidad del contenido en su práctica profesional.

Figura 4

Las dinámicas y ejercicios aportaron positivamente en el desarrollo del taller:

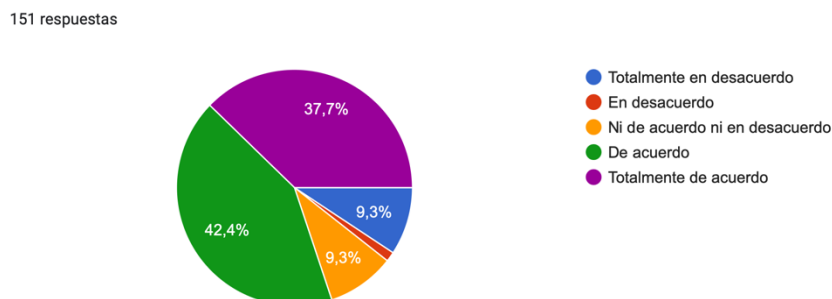
151 respuestas



Respecto al impacto de las dinámicas y ejercicios en el desarrollo del taller, la mayoría de los participantes expresó respuestas positivas. El 36.4% indicó estar "De acuerdo", mientras que el 32.5% se situó en "Totalmente de acuerdo", señalando una apreciación significativa de la contribución de estas actividades. Sin embargo, un porcentaje no insignificante se ubicó en las categorías de desacuerdo, con el 6.0% en "En desacuerdo" y el 9.9% en "Totalmente en desacuerdo". Un 15.2% de los participantes se posicionó en la opción "Ni de acuerdo ni en desacuerdo". Este conjunto de respuestas indica una diversidad de percepciones, sugiriendo que mientras algunos participantes valoraron positivamente las dinámicas y ejercicios, otros no compartieron la misma apreciación.

Figura 5

Los recursos proporcionados durante el taller fueron útiles y aplicables:



Ahora bien, en cuanto a la última pregunta cerrada acerca de la utilidad y aplicabilidad de los recursos proporcionados durante el taller, la mayoría de los participantes expresó respuestas positivas. El 42.4% se situó en la categoría "De acuerdo", mientras que el 37.7% indicó estar "Totalmente de acuerdo", destacando una apreciación significativa de la utilidad de los recursos. Sin embargo, un porcentaje notable de participantes, aunque menor, expresó desacuerdo, con el 1.3% en "En desacuerdo" y el 9.3% en "Totalmente en desacuerdo". Un 9.3% se ubicó en la opción "Ni de acuerdo ni en desacuerdo". Este conjunto de respuestas sugiere que, mientras una gran proporción encontró útiles los recursos, hubo un segmento que no compartió la misma percepción.

Asimismo, como es mencionado anteriormente en la encuesta se ofreció un espacio en donde los participantes podían dejar sus comentarios o recomendaciones, en este existió una diversidad de puntos a tratar como metodología, contenido general, actividades dinámicas y comentarios generales. A continuación, observaremos algunos de los comentarios ofrecidos por los participantes estos estarán divididos en subcategorías como: puntos positivos, sugerencias de mejora y recomendaciones específicas.

Metodología.***Puntos Positivos.***

- "Excelente. Se sugiere realizar más capacitaciones como esta."
- "Excelente muy didáctico y participativo."
- "Excelente capacitación para personal de salud."

Sugerencias de Mejora.

- "Implementar mejor estrategia del taller."
- "Las dinámicas y actividades metodológicas fueron repetitivas."
- "La metodología muy buena, los recursos son muy buenos."
- "Menos texto en las diapositivas."

Recomendaciones Específicas.

- "Pausas activas para evitar que haya falta de atención."
- "Capacitaciones con menor cantidad de personas."
- "Sugiero que la metodología sea más dinámica y participativa, utilizando variedad de dinámicas."

Contenido.***Puntos Positivos.***

- "Excelentes temáticas y guía, más exposición de casos."
- "Excelente capacitación para personal de salud."
- "Curso excelente que se puede aplicar a la práctica diaria."

Sugerencias de Mejora.

- "Tratar de enfocar los temas apegados a lo que es el área de enfermería."
- "Creo que la parte de farmacología no es aplicable para todo el personal."
- "Faltó un poco más de explicación teórica de los temas."
- "Profundizar un poco más los temas en manejos con casos clínicos reales."

Recomendaciones Específicas.

- "Realizar capacitaciones con profesionales médicos especialistas."
- "Sería importante realizar reuniones con el equipo de profesionales para conocer si la Guía de Intervención ha generado el impacto deseado en la población identificada."
- "Tal vez poder dar ejemplos de cómo han puesto en práctica el manual del mgGAP, saber cuáles han sido los nudos críticos y desde su rol qué aspectos pudieron ponerse en práctica."

Actividades dinámicas.***Puntos Positivos.***

- "Pausas activas para evitar que haya falta de atención."
- "Actividades más prácticas no tanto teóricas."
- "Realizar más actividades lúdicas."
- "Más dinámicas participativas."

Sugerencias de Mejora.

- "Las dinámicas del primer taller deben estar acorde a los temas y al número de participantes."

- "Las dinámicas y actividades metodológicas fueron repetitivas."
- "Tienen que trabajar en varias las actividades, el taller es muy monótono y las actividades constantemente se repiten."

Comentarios generales.

Puntos Positivos.

- "Los días de talleres fueron productivos y muy participativos, se pudo adquirir y reforzar los conocimientos."
- "Felicidades, espero que tengamos capacitaciones continuas."
- "Seguir con los talleres son muy importantes para el crecimiento profesional."

Sugerencias de Mejora.

- "El taller lo sentí personalmente más apto para población en general, se tocan temas muy superficiales y en su mayoría más que evidencia científica se siente como el pensamiento de la persona que lo diseñó."
- "Amenizar el segundo día de taller con material más interactivo."
- "Disminuir las dinámicas."

Estas categorías permiten identificar áreas específicas de mejora, como la necesidad de diversificar las dinámicas, ajustar la metodología para hacerla más interactiva, focalizar el contenido según las necesidades específicas de cada grupo de profesionales y considerar la logística de los talleres para asegurar comodidad y participación efectiva.

En resumen, las respuestas muestran una variedad de opiniones, con una tendencia general hacia la valoración positiva de las capacitaciones y se expresa que el mhGAP es una herramienta relevante, clara y práctica que se alinea con el modelo de salud familiar y

comunitario. Además, recalcaron la necesidad de capacitación en esta área, destacando la importancia de una amplia difusión y sensibilización. Sin embargo, hay sugerencias para mejorar las dinámicas de las actividades, enfocar los temas específicamente para diferentes profesionales de la salud, reducir el tamaño de los grupos y aumentar la interactividad y variedad en la metodología. La retroalimentación proporciona información valiosa para ajustar y mejorar futuras capacitaciones.

En el caso de esta intervención, se ha capacitado y mediante una encuesta evaluado la satisfacción de los participantes con la formación específica, pero existen otras estrategias para evaluar el impacto de la implementación del programa mhGAP. La implementación del programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP) en países de América Latina se evalúa mediante diversos indicadores que miden la efectividad y el alcance de la implementación.

Uno de los medios usados para medir el mhGAP es la evaluación del impacto de la capacitación. Esto implica medir la participación en programas de formación, evaluar la adquisición de habilidades y conocimientos, y determinar la aplicabilidad práctica de la formación en situaciones reales.

Otro indicador es el uso de herramientas y protocolos mhGAP, aquí se evalúa la utilización efectiva de las herramientas y protocolos proporcionados por el mhGAP en la práctica clínica. Esto implica evaluar si el personal médico incorpora las directrices del mhGAP en la evaluación, diagnóstico y tratamiento de los trastornos mentales. También, mediante una evaluación de resultados clínicos de los pacientes que han recibido intervenciones basadas en el mhGAP. Esto incluye la mejora en los síntomas, la calidad de vida y la funcionalidad de los individuos con trastornos mentales (Campos et al, 2021).

La medición de la implementación del mhGAP en América Latina es un proceso complejo que involucra la evaluación de múltiples dimensiones, desde la capacitación del personal hasta el impacto en los resultados de salud mental de la población. Una evaluación integral ayuda a ajustar las estrategias de implementación y garantiza una atención de salud mental más efectiva y accesible.

Plan de implementación

Se sugiere al Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), seguir con la implementación del programa mhGAP, ya que los talleres realizados han tenido una retroalimentación positiva por parte de los participantes. Sin embargo, hay algunos cambios que se recomiendan hacer con respecto a las metodologías utilizadas.

Se entiende que son temas complicados de hablar y más aún de enseñar, por lo que se podría buscar otra forma de explicarlos, mediante herramientas que sean más interactivas para no perder la atención de los participantes. Asimismo, es necesario reducir el número de participantes por taller, ya que puede ser otro factor clave para la eficaz ejecución del taller, de tal forma que no sea un espacio de enseñanza tan catedrático, sino un espacio de interacción entre todos.

Hay que tomar en cuenta que el mhGAP es un curso virtual, al cual todo el mundo tiene acceso de manera gratuita, por lo que no existe la posibilidad de preguntar algo en caso de que haya dudas y tampoco hay la oportunidad de hacer una actividad más práctica. Es por esto que cuando se dan este tipo de talleres que sirven para destacar los factores más importantes, hay que asegurarse de que todos los beneficiarios hayan culminado con todos los módulos del curso, para que así, todos estén familiarizados con los temas y exista una participación más activa dentro del mismo.

De igual manera, se deberían hacer talleres de actualización de contenidos en el caso de que existan, o dar algún tipo de acompañamiento o supervisión con psicólogos o médicos con más experiencia que puedan ayudar en casos complejos y resolver dudas concretas.

CONCLUSIONES

El presente trabajo tenía el fin de indagar más a fondo la problemática de la brecha en salud mental que existe en el mundo actualmente. Por distintos motivos, como la pandemia, que ha dejado varias secuelas en el bienestar mental, sobre todo en grupos vulnerables, la población no recibe la ayuda psicológica adecuada para sus necesidades, lo que crea y agranda cada vez más esta brecha.

En Ecuador la brecha es importante porque la consulta psicológica privada es costosa, y dentro de los servicios públicos de atención no existen suficientes profesionales que puedan cubrir las demandas y necesidades de la población. La salud mental es un derecho, y cualquier individuo debería tener la facilidad de acceder a un servicio psicológico adecuado y de calidad.

Es por esto que el programa mhGAP puede ofrecer una solución para que la brecha de salud mental sea cada vez menor, sobre todo en países donde la salud mental aún es invisibilizada y no tomada en cuenta dentro de la salud pública. Al capacitar al personal de salud pública con ayuda de este programa, se puede llegar a brindar atención más especializada a más gente.

Es importante tomar en cuenta que, al no tratar sus problemas de salud mental, no solo un individuo está siendo afectado, sino también su entorno y comunidad, resultando en altos niveles de violencia, discapacidad, desempleo, hogares disfuncionales, etc. Por lo tanto, es un

problema que concierne a la población en general, porque todos se ven involucrados directa o indirectamente al intentar reducir las brechas de salud mental.

REFERENCIAS

- Achterberg, W., Lautenbacher, S., Husebo, B., Erdal, A., & Herr, K. (2020). Pain in dementia. *Pain reports*, 5(1), e803.
- ACNUR, La agencia de la ONU para los refugiados. Tendencias Globales de ACNUR. Last updated June 4, 2022. <https://www.acnur.org/tendencias-globales>
- Aguirre, L. (2023). Prevalencia de la ansiedad y depresión en personas migrantes de Latinoamérica. <https://dspace.ucacue.edu.ec/server/api/core/bitstreams/47861369-9efa-43ef-80d7-cf28fc106bbf/content>
- Alé, D. & Quevedo, Y. (2020). Primeros auxilios psicológicos: una estrategia para reforzar la salud mental de las comunidades en tiempos de pandemia. *Revista de Psiquiatría Clínica*, 58(1-2), 23-30.
<https://boletincorteidh.uchile.cl/index.php/RPSC/article/view/67495/70504>
- American Psychological Association [APA]. (2013). Diagnostic and Statistical Manual of mental disorders (5th ed.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425596>
- Astorga, S., Cabieses, B., Calderon, A., & McIntyre, A. (2019). Percepciones sobre acceso y uso de servicios de salud mental por parte de inmigrantes en Chile, desde la perspectiva de trabajadores, autoridades e inmigrantes. *Revista del Instituto de Salud Pública de Chile*, 3(1).
- Baena, V. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e162.
- Baldessarini, R. & Tondo, L. (2020). Suicidal risks in 12 DSM-5 psychiatric disorders. *Journal of affective disorders*, 271, 66-73.

https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165032719332173?casa_token=AocxIZbcD8AAAAA:rjIX0r6eIg3barAh4IJk_s2IriR00HOe3DAtwBfG5Et7deEytKT VbS0osuF1g4dpRHxRCmbU_D05pQ

Bashir, A., Baxter, E., Gray, J., Jassal, S., Lynch, C., & Prescott, K. (2020) COVID-19: How prepared are front line healthcare workers in England?. *Journal of Hospital Infection*. 105(2):142-5. <https://doi.org/10.1016/j.jhin.2020.04.031>

Beghi, E. (2020). The epidemiology of epilepsy. *Neuroepidemiology*, 54(2), 185-191.

Benjet, C., Sampson, L., Shui, Y., Kessler, R., Zaslavsky, A., Evans, S., Martins, S., Andrade, L., Aguilar, S., Cía, A., Medina, M., Stagnaro, J., De Galvez, M., Viana, M., & Galea, S. (2019). Associations between neighborhood-level violence and individual mental disorders: Results from the World Mental Health surveys in five Latin American cities. *Psychiatry Research*, 282, 112607. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2019.112607>

Bitsko, R., Claussen, A., Lichstein, J., Black, L., Jones, S., Danielson, M. & Meyer, L. (2022). Mental health surveillance among children—United States, 2013–2019. *MMWR supplements*, 71(2), 1.

Bryant, R. (2019). Post-traumatic stress disorder: a state-of-the-art review of evidence and challenges. *World psychiatry*, 18(3), 259-269.

Byrne, G. (2022). A systematic review of treatment interventions for individuals with intellectual disability and trauma symptoms: A review of the recent literature. *Trauma, Violence & Abuse*, 23(2), 541-554.

Campo, A., Cassiani, C. & Herazo, E. (2019). Trastornos por consumo de sustancias: entre las inequidades y el estigma. *Duazary*, 16(2), 271-280. <https://www.redalyc.org/journal/5121/512164564010/512164564010.pdf>

Campos, A., Corona, F., Gómez, M., Huenchulaf, C., Irarrazaval, M., Pereira, M., Sapag, J.

Soto-Brandt, G. & Véliz, V. (2021). Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en Chile: aprendizajes y desafíos para América Latina y el Caribe. *Revista Panamericana de Salud Pública*.

<https://doi.org/10.26633/RPSP.2021.32>

Carbonell, A., Navarro, J. & Mestre, M. (2020). Challenges and barriers in mental healthcare systems and their impact on the family: A systematic integrative review. *Health & social care in the community*, 28(5), 1366-1379.

Carreño, A., Cabieses, B., Obach, A., Gálvez, P., & Correa, M. (2022). Maternidad y salud mental de mujeres haitianas migrantes en Santiago de Chile: un estudio cualitativo.

Castles, S. (2014). Las fuerzas tras la migración global. *Revista mexicana de ciencias políticas y sociales*, 59(220), 235-259. [https://doi.org/10.1016/S0185-1918\(14\)70806-2](https://doi.org/10.1016/S0185-1918(14)70806-2)

Castro, G., Gómez, P., Gómez, R., Marín, R. & Tena, A. (2018). Consumo de sustancias en adolescentes: consideraciones para la práctica médica. *Medicina interna de México*, 34(2), 264-277. <https://doi.org/10.24245/mim.v34i2.1595>

Cornblatt, B. & Auther, A. (2022). Treating early psychosis: who, what, and when. *Dialogues in clinical neuroscience*.

Cuesta, J., & Ortega, M. (2019). Discapacidad intelectual: una interpretación en el marco del modelo social de la discapacidad. *Controversias y Concurrencias Latinoamericanas*, 10(18), 85-106.

Cuijpers, P., Stringaris, A., & Wolpert, M. (2020). Treatment outcomes for depression: challenges and opportunities. *The Lancet Psychiatry*, 7(11), 925-927.

- De Gracia, E., Díaz, J., Duré, M., Fitzgerald, J., León, C., Listovsky, G., Rodríguez, G. & Zidi, I. (2022). El Campus Virtual de Salud Pública de la Organización Panamericana de la Salud como estrategia de cooperación técnica. *Rev Panam Salud Publica*.
<https://doi.org/10.26633/RPSP.2022.133>
- Delgado, E., De la Cera, D., Lara, M., & Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23-36.
- Elkbuli, A., McKenney, M. & Santarone, K. (2020). Preserving mental health and resilience in frontline healthcare workers during COVID-19. *Am J Emerg Med*. 38 (7): 1530-1.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7156943/>
- Fehling, K., & Selby, E. (2021). Suicide in DSM-5: current evidence for the proposed suicide behavior disorder and other possible improvements. *Frontiers in psychiatry*, 11, 499980. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2020.499980/full>
- Fiorini, M., & Rivera, R. (2022). La importancia de las Barreras de acceso y equidad en la atención de los servicios de salud. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 6(6), 973-998.
- Fortney, J., & Simpson, T. (2018). Post-traumatic stress disorder by gender and veteran status. *American Journal of Preventive Medicine*, 54(1), e1-e9.
- Gunnell, D., Appleby, L., Arensman, E., Hawton, K., John, A., Kapur, N. & Yip, P. (2020). Suicide risk and prevention during the COVID-19 pandemic. *The Lancet Psychiatry*, 7(6), 468-471. [https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366\(20\)30171-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lanpsy/article/PIIS2215-0366(20)30171-1/fulltext)
- Hedtke, K., Ruggiero, K., Fitzgerald, M., Zinzow, H., Saunders, B., Resnick, H. & Kilpatrick, D. (2008). A longitudinal investigation of interpersonal violence in relation

- to mental health and substance use. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 76(4), 633–647.
- Hernández, R. (2023). Mediación intercultural en el ámbito sanitario: Contribuciones a la atención sanitaria. *Itinerarios de Trabajo Social*, (3), 76-83.
- Hori., H. & Kim, Y. (2019). Inflammation and post-traumatic stress disorder. *Psychiatry and clinical neurosciences*. <https://doi.org/10.1111/pcn.12820>
- Hyde, J. & Mezulis, A. (2020). Gender differences in depression: biological, affective, cognitive, and sociocultural factors. *Harvard review of psychiatry*, 28(1), 4-13.
- Ilyas, M., Mir, A., Efthymiou, S., & Houlden, H. (2020). The genetics of intellectual disability: advancing technology and gene editing. *F1000Research*, 2020, vol. 9.
- Instituto Nacional de Salud Mental (NIMH). (2021). Psicosis. <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/schizophrenia/index.shtml>
- Iribarne, C., Renner, V., Pérez, C., & de Guevara, D. (2020). Trastornos del Ánimo y Demencia. Aspectos clínicos y estudios complementarios en el diagnóstico diferencial. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 31(2), 150-162.
- Kendall, K., Van Assche, E., Andlauer, T., Choi, K., Luykx, J., Schulte, E., & Lu, Y. (2021). The genetic basis of major depression. *Psychological Medicine*, 51(13), 2217-2230.
- Keynejad, R., Dua, T., Barbui, C. & Thornicroft, G. (2018). WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *BMJ Ment Health*, 21(1), 30-34. <https://mentalhealth.bmj.com/content/21/1/30.abstract>

- Kirby, J., Zuvekas, S., Borsky, A., & Ngo-Metzger, Q. (2019). Rural residents with mental health needs have fewer care visits than urban counterparts. *Health Affairs*, 38(12), 2057-2060.
- Kohn, R., Ali, A., Puac, V., Figueroa, C., López, V., Morgan, K., Saldivia S. & Vicente, B. (2018). Mental health in the Americas: an overview of the treatment gap. *Revista panamericana de salud publica*, 42, e165.
- Kuri, N. (2000). Kolb's Learning Cycle: An Alternative Strategy for Engineering Education.
- Larrinaga, M., & Vela, V. (2018). Migración: riesgos, desafíos y estrategias de desarrollo. https://www.researchgate.net/profile/Kenia-Meda/publication/327833763_Estrategias_de_integracion_de_migrantes_haitianos_en_Mexicali/links/5ba7de4d45851574f7e0b064/Estrategias-de-integracion-de-migrantes-haitianos-en-Mexicali.pdf
- Lee, K., Cascella, M. & Marwaha, R. (2022). Intellectual Disability. *StatPearls Publishing*, Treasure Island (FL)
- Lezano, L. (2019). Identificación de factores de riesgo para la ideación suicida en estudiantes de primer año de la Facultad de Medicina de la Universidad Mayor de San Andrés, Gestión (Doctoral dissertation).
- Livingston, G., Huntley, J., Sommerlad, A., Ames, D., Ballard, C., Banerjee, S. & Mukadam, N. (2020). Dementia prevention, intervention, and care: 2020 report of the Lancet Commission. *The Lancet*, 396(10248), 413-446.
- Luna, A. & Mejía, S. (2019). Una propuesta de complementariedad entre los estudios de migración y psicoanalíticos en salud mental. *Estudios Fronterizos*, 20, e034. <https://doi.org/10.21670/ref.191303>

- Mina, M. & Barzola, D. (2018). Inserción laboral de las personas con discapacidad en Ecuador. *Espacios*, 39(51).
- Mondragón, J. Sandoval D. & Terrazas, L. (2022). Salud mental en personal en formación durante la pandemia covid-19 en un hospital de querétaro. *Rev. Mex. med. familiar* vol.9 no.2. <https://doi.org/10.24875/rmf.21000041>
- Monterrosa, Á., Rodelo, A., Monterrosa, A., & Morales, I. (2022). Factores psicosociales y obstétricos asociados con depresión, ansiedad o estrés psicológico en embarazadas residentes en el Caribe colombiano. *Ginecología y obstetricia de México*, 90(2), 134-147. https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0300-90412022000200134&script=sci_arttext
- Mosquera, E., Parra, P. & Rodríguez, J. (2022). Tendencias actuales sobre la depresión, factores de riesgo y abuso de sustancias. *Journal of American health*, 5(1). <https://www.jah-journal.com/index.php/jah/article/view/114>
- Murthy, R. (2007). Mass violence and mental health - Recent epidemiological findings. *International Review of Psychiatry*, 19(3), 183–192
- NAADAC, The association for addiction professionals. Brief Intervention: Process and Techniques. Last updated January 24, 2018. <https://www.naadac.org/brief-intervention-webinar>
- Naushad, V., Bierens, J., Nishan, K., Firjeeth, C., Mohammad, O., Maliyakkal, A. & Schreiber, M. (2019). A Systematic Review of the Impact of Disaster on the Mental Health of Medical Responders. *Prehospital and Disaster Medicine*, 34(6), 632-643.

- Navarrete, D., Vidale, M., Bolaños, M., Cuesta, G., Carrero, M. & Salaza, C. (2019). Estado de salud periodontal en pacientes con epilepsia. *Revista Odontológica Mexicana Órgano Oficial de la Facultad de Odontología UNAM*, 23(2).
- Nazarov, A. (2022). Consequences of seizures and epilepsy in children.
- Nina-Estrella, R. (2018). Procesos psicológicos de la migración: aculturación, estrés y resiliencia. *Boletín Científico Sapiens Research*, 8(2), 29-37.
<https://www.srg.com.co/bcsr/index.php/bcsr/article/view/282/250>
- Organización Panamericana de la Salud. (19 de Septiembre de 2023). Quienes somos.
<https://www.paho.org/es/quienes-somos>
- Organización Panamericana de la Salud. (2023). Una nueva agenda para la salud mental en las Américas. Informe de la Comisión de Alto Nivel sobre Salud Mental y COVID-19 de la Organización Panamericana de la Salud.
- Pan American Health Organization, Virtual Campus for Public Health. (19 de Septiembre de 2023). <https://www.campusvirtualsp.org/en>
- Patel V., Chaulagain, A., Pacione, L., Abdulmalik, J., Hughes, P., Oksana, K. & Chumak, S. (2010) Reducir la brecha en el tratamiento de los trastornos mentales: una encuesta de la WPA. *Psiquiatría mundial*. 9(3):169–76.
- Patel, D. R., Cabral, M. D., Ho, A., & Merrick, J. (2020). A clinical primer on intellectual disability. *Translational pediatrics*, 9(Suppl 1), S23.
- Perucca, P., Bahlo, M., & Berkovic, S. (2020). The genetics of epilepsy. *Annual review of genomics and human genetics*, 21, 205-230.
- Posluns, K., & Gall, T. (2020). Dear mental health practitioners, take care of yourselves: A literature review on self-care. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 42, 1-20.

- Purcell, R., Gwyther, K. & Rice, S. (2019). Mental Health In Elite Athletes: Increased Awareness Requires An Early Intervention Framework to Respond to Athlete Needs. *Sports Med - Open* 5, 46.
- Raina L. (2019). What is dementia.
- Reardon, E. (2022). Barriers to Mental Health Care in the United States and Latin America. Digital Commons Connecticut College.
- Rigny, C., Rosa R., Da Silva R., Kochhann, R., Migliavaca, C., Robinson C., Teche, S., Teixeira, C., Bozza, F. & Falavigna, M. (2019). Prevalence of post-traumatic stress disorder symptoms in adult critical care survivors: a systematic review and meta-analysis. *Crit Care*. 11;23(1):213. <https://doi.org/10.1186/s13054-019-2489-3>
- Ríos, A. (2014). Migración, Género y Salud. Las desigualdades sociales en salud y sus efectos en la salud bio-psico-social de las mujeres en contextos de prostitución. *Revista de Psicología*. Vol. 6. No. 1. <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsua/v6n1/v6n1a02.pdf>
- Russo, M., Kañevsky, A., Leis, A., Iturry, M., Roncoroni, M., Serrano, C. & Zuin, D. (2020). Papel de la actividad física en la prevención de deterioro cognitivo y demencia en adultos mayores: una revisión sistemática. *Neurología Argentina*, 12(2), 124-137.
- Salazar, Y., Jaimes, L., Cotes, C. & De Oliveira, S. (2021). Víctimas del desplazamiento forzado: comorbilidad entre trastorno por estrés postraumático (TEPT) y depresivo mayor (TDM). *Informes Psicológicos*, 21(1), 133-149.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8333033>
- Sanz, P. (2019). Trastorno por consumo de sustancias. *Medicine-Programa de Formación Médica Continuada Acreditado*, 12(85), 4984-4992.
<https://doi.org/10.1016/j.med.2019.09.003>

Suvisaari, J., Mantere, O., Keinänen, J., Mäntylä, T., Rikandi, E., Lindgren, M. & Raji, T. (2018). Is it possible to predict the future in first-episode psychosis?. *Frontiers in psychiatry*, 9, 580. <https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fpsy.2018.00580/full>

The Beck Institute for Cognitive Behavior Therapy. CBT Training.
<https://beckinstitute.org/training/>

Tirado-Hurtado, B. (2020). La salud mental de los niños y adolescentes en tiempos de pandemia. *Revista Hispanoamericana de Ciencias de la Salud*, 6(4), 161-165.

Turecki, G., Brent, D., Gunnell, D., O'Connor, R., Oquendo, M., Pirkis, J. & Stanley, B. (2019). Suicide and suicide risk. *Nature reviews Disease primers*, 5(1), 74.
<https://www.nature.com/articles/s41572-019-0121-0>

U.S. Department of Veterans Affairs. Patient Care Services. Primary Care - Mental Health Integration (PC-MHI). Last updated September 19, 2022.
<https://www.patientcare.va.gov/primarycare/PCMHI.asp>

Wang, H., Li, T., Barbarino, P., Gauthier, S., Brodaty, H., Molinuevo, J. & Yu, X. (2020). Dementia care during COVID-19. *The Lancet*, 395(10231), 1190-1191.

Watanabe, H., Bagarinao, E., Maesawa, S., Hara, K., Kawabata, K., Ogura, A. & Sobue, G. (2021). Characteristics of neural network changes in normal aging and early dementia. *Frontiers in Aging Neuroscience*, 13, 747359.

World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013–2020.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021>

World Health Organization. (2019). Suicide in the world: global health estimates (No. WHO/MSD/MER/19.3). World Health Organization.
<https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf>

World Health Organization. (2022). World mental health report: transforming mental health for all.

Zhu, X., Haegele, J. & Healy, S. (2019). Movement and mental health: Behavioral correlates of anxiety and depression among children of 6–17 years old in the US. *Mental Health and Physical Activity*, 16, 60-65.

ANEXO A: AGENDA DE CAPACITACIÓN (MHGAP)



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

Agenda

Capacitación mhGAP

**OPS – HIAS ECUADOR – UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO -
SECRETARÍA DE SALUD DEL DMQ**

Modalidad Presencial

8h00 a 16h30

13 - 21 de noviembre del 2023





**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

Objetivos:

1. Promover el fortalecimiento de capacidades del personal de la Secretaría de Salud por medio del entrenamiento en el Programa de acción para superar las brechas en salud mental (mhGAP).
2. Abordar los principios generales de atención aplicables para proveedores de asistencia sanitaria no especializados en torno al tratamiento de primera línea de los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias durante las emergencias humanitarias.
3. Fortalecer herramientas para la identificación de sintomatología, evaluación y desarrollo de un plan de manejo básico y seguimiento de trastornos de salud mental.

DÍA 1

13 de noviembre del 2023

Hora:	Sesión/ Actividad	Descripción general	Facilitador/a/s
7:15 a 7:45	Registro de asistencia	Se realiza el registro de asistencia, además se entrega el material para el entrenamiento (se les entregará adhesivos para colocar su nombre los cuales serán de dos colores y la agenda del día).	UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO/ HIAS ECUADOR
8h00 8h07	Bienvenida e introducción al espacio	Introducción al espacio y presentación de los objetivos y la planificación de la jornada.	Adrián Díaz Representante AI de OPS/OMS Ecuador
8h07 8h15	Palabras sobre la importancia del mhGAP y su impacto	Elementos sobre las herramientas y el impacto del mhGAP.	Efrén Astudillo Coordinador SMAPS HIAS ECUADOR
8h15 a 8h22	Palabras de apertura por parte de la secretaria de Salud del DMQ	Por parte de la Secretaría de Salud se aborda la importancia de este evento en el marco del fortalecimiento del equipo de territorio.	Marysol Ruilova Secretaria de Salud Mental del distrito metropolitano de Quito



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

8h25 a 8h35	Distribución por grupos y presentación de facilitadores, personal de soporte y agenda del día.	Por parte de la OPS, HIAS Ecuador y Universidad San Francisco de Quito se presenta a las personas facilitadores, personal de soporte y agenda del día, se organiza los grupos. Según el color del adhesivo, verde con OPS/USFQ y naranja con HIAS.	Aimee Dubois Consultora de Salud Mental de la OPS/OMS María Cristina Crespo Coordinadora de Psicología Efrén Astudillo Coordinador SMAPS HIAS ECUADOR
9H00 a 9h30	Bienvenida al espacio grupal y dinámica rompe hielos enfocada a los derechos humanos.	Se brinda información sobre la sesión de principios generales de atención y su anclaje con los derechos humanos. (Ejercicio “Los derechos son inalienables, división en 4 grupos y presentación de casos donde se analizarán los derechos”) Explicar la actividad Entregar los casos Y quitar los derechos:	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito.
9h30 a 10h00	Introducción al enfoque de derechos	Exponer elementos clave sobre los derechos humanos. ¿Qué son los derechos humanos? ¿Cuál es la fundamentación de los derechos humanos? ¿Qué principios sustentan los derechos humanos? -Derecho a la Salud Mental -Declaración de Caracas	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito.
10h00 a 10h30	Presentación de principios generales de atención	-Aproximación breve a cada principio *Principios de la comunicación *Principios de la evaluación *Principios para el manejo	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito.



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

10h30 a 10h50	BREAK		
10h50 a 11h30	Interiorización de los principios generales de atención y desarrollo de línea de tiempo.	Se abordan la interiorización de los principios generales de atención mediante role play y se presentan luego las conclusiones. Para esto se divide en 5 grupos y a cada grupo se le entrega un caso. Cada grupo tendrá 1 pliegos de papel A2 para poder colocar sus aprendizajes o reflexiones sobre el principio. Se entrega a cada grupo una tarjeta interactiva también donde ir escogiendo frases de verdadero o falso, según, los principios que le fueron asignados. (role play y tarjetas ya elaboradas por Belén)	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
11h30 a 11h40	Dinámica de activación conductual	Mediante una dinámica se busca promover la interacción grupal. Emilio y Tábata responsables de la actividad. Actividad "¡Pasa el pañuelo!" (Tabata y Emilio)	Soporte San Francisco de Quito
11h40 a 12h00	MODULO 1 Trastorno Depresivo Moderado a Grave Actividad movilizadora	Actividad movilizadora "Deconstrucción de mitos sobre la depresión" Por medio de una pelota, se escoge la persona que resolverá si una frase es mito o verdad. Se juega a tingo tango para seleccionar la persona que responde. La persona escoge la opción más adecuada y luego se moviliza el conocimiento. Responsable de la actividad: (Diana, Cindy)	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
12h00 a 13h00	Aproximación hacia la depresión y el Trastorno Depresivo Moderado a Grave	-Conceptualización -Motivos de consulta característicos de un trastorno depresivo moderado a grave: -Evaluación	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
13h00 a 14h00	ALMUERZO		



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

14h00 a 14h30	Análisis plan de manejo básico (Intervenciones psicosociales/Intervenciones farmacológicas)	Presentación de caso por medio de un roleplaying de personas voluntarias por medio del cual se analiza el plan de manejo básico, se escogerán personas del público para representar la situación frente al resto del grupo y luego con dos tarjetas interactivas en PPTs se escogerá mediante verdadero o falso las intervenciones correctas. Se coloca en una parte de la sala dos pliegos de papel A2 y esto alimentará a la línea de tiempo para que las personas mediante post its coloquen sus aprendizajes.	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
14h30 a 14h40	Dinámica de activación conductual	Mediante una dinámica se busca promover la interacción grupal. Actividad “La palabra Infinita” con palabras que hemos aprendido hoy sobre los principios generales de atención Responsable: Sofía, Paula	Soporte San Francisco de Quito
14h40 15h15	Explicación sobre el seguimiento presente en plan de manejo básico y cierre del primer día.	Se aborda información sobre los seguimientos periódicos y la importancia de la vigilancia de la respuesta de antidepresivos/ Estabilizadores del estado de ánimo para trastorno bipolar. Luego se genera el cierre retroalimentando con la herramienta de la línea de tiempo.	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
15h15 15h45	MODULO 2 Consumo Nocivo de Alcohol y Drogas Actividad movilizadora	Actividad movilizadora “Silueta con prejuicios e imaginarios sociales sobre las personas consumidoras” Se divide en 5 grupos y se les presenta una silueta impresa. Luego de eso deben dibujar en la silueta rasgos físicos y frases que describen a la persona si la persona tuviera un problema de consumo. Alrededor de la silueta colocar como influye el consumo con las áreas de la vida de la persona. Responsable de la actividad: Diana, Paula	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

15h45 a 16h30	Aproximación hacia el Consumo Nocivo de Alcohol y Drogas.	-Conceptualización -Motivos de consulta característicos. -Evaluación	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
16h30 16h40	CIERRE DE LA PRIMERA ACTIVIDAD DE LA JORNADA	La persona facilitadora genera una retroalimentación del espacio.	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito

DÍA 2

21 de noviembre del 2023

Hora:	Sesión/ Actividad	Descripción general	Facilitador/a/s
--------------	--------------------------	----------------------------	------------------------



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

07h30 a 08h10	Registro de asistencia	<ul style="list-style-type: none">- Se realiza el registro de asistencia, además se entrega del material para el entrenamiento.- Definición de nuevos grupos de trabajo a través de stickers al momento de registrarse. (Equipo USFQ estará a partir de las 07h30).- 4 REGISTROS: 2 POR GRUPO (OPS/SECRETARÍA)	UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO/ HIAS ECUADOR
8h10 a 8h15	Bienvenida e introducción al espacio	Palabras para abrir el segundo día de la jornada. Revisión de 1er día de jornada a través de preguntas exploratorias a 3-4 participantes de ambas salas. Pregunta 1: principios básicos Pregunta 2: DEP. Pregunta 3 y 4: Consumo de alcohol y sustancias	Aimee Dubois Consultora de Salud Mental OPS/OMS
8h15 8h45	Análisis plan de manejo básico en consumo de sustancias (MANEJAR/EVALUAR/MOTIVAR/EXAMINAR/PRESTAR APOYO Y SEGUIMIENTOS REGULARES)	<ul style="list-style-type: none">- Finalización de temática “Manejo básico en consumo de sustancias”.- Presentación de Video inicial en el cual se aborda el trastorno de consumo nocivo.- Luego, se trabaja con toda la sala mediante tarjetas de interiorización de conocimientos en las PPTs a través de sistema de participación con Tingo Tingo Tango.- Posterior a ello, se coloca en una parte de la sala dos pliegos de papel A2 y esto alimentará a la línea de tiempo para que las personas mediante post its coloquen sus aprendizajes de manejo básico en consumo de sustancias. <p>PENDIENTE REVISIÓN DE PPT UNIFICADA POR PARTE DE AIMEÉ. https://www.youtube.com/watch?v=d8_ptV8T86A</p> <p>Responsable de esta actividad: Diana/Cindy Pelotas para el juego</p>	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

		<p>Cortar el video antes de la mención a AA y NA</p> <p>Materiales:</p> <ul style="list-style-type: none">- Post it (tres paquetes por sala)- Esferos o lápices- Dos papelógrafos (por sala)	
8h45 9h15	Presentación de principios generales de atención	<p>- Antes de abordar principios generales nuevos, se realiza un ejercicio para recordar los tres anteriores a través de actividad (PENDIENTE REALIZAR EMILIO HIAS)</p> <p>*Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social</p> <p>*Principios de protección de los derechos humanos</p> <p>*Principios de la atención al bienestar general</p>	<p>GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito.</p> <p>GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito</p>
9h16 9h45	Interiorización de TODOS los principios generales de atención y desarrollo de línea de tiempo.	<ul style="list-style-type: none">- Se abordan mediante role playings y se presentan luego las conclusiones. Cada mesa realiza 1 caso y de acuerdo al nombre que salga en la ruleta, pasan y exponen los principios identificados por el grupo.- Cada grupo tendrá dos pliegos de papel A2 para poder colocar sus aprendizajes o reflexiones sobre el principio que les tocó únicamente a través de dibujos.- Se proyecta una tarjeta interactiva donde cada uno escogiendo frases de verdadero o falso, según, los principios que le fueron asignados. Luego se genera un plenaria. <p>Material ya elaborado por Belén (pendiente imprimir)</p> <p>PENDIENTE REVISAR CASOS QUE SEAN DIVIDIDOS POR PRINCIPIOS GENERALES (BELENCITA)</p>	<p>GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito.</p> <p>GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito</p>



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

		EQUIPO USFQ SE ENCARGA DE LA RULETA Y EL REGISTRO DE CADA SALA	
9h45 a 10h15	MODULO 3 PSICOSIS Actividad movilizadora	<p>Actividad movilizadora “Interacción mediante etiquetas colocadas en la espalda con diferentes perfiles, algunas etiquetas se pueden repetir”</p> <p>Los participantes tienen en la espalda etiquetas con frases como “persona en condición de calle con olor a alcohol”, “mujer migrante que se encuentra confundida y violenta”</p> <p>Se pide a los y las participantes que caminen por la sala, ninguna de las personas podrá observar qué etiqueta tiene colocada. Los participantes deben reaccionar con un gesto, con un movimiento corporal en base a la etiqueta que ven en cada persona, sin decirles qué perfil tiene el otro</p> <p>Luego se reflexionará sobre los imaginarios sociales sobre la locura.</p> <p>Responsable de la actividad. EQUIPO USFQ Soffa/Emilio</p>	<p>GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito.</p> <p>GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito</p>
10h15 10h30		Receso	
10h30 a 11h00	Aproximación hacia la Psicosis	<p>-Conceptualización</p> <p>-Manifestaciones típicas de la posible psicosis.</p> <p>-Evaluación</p>	<p>GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito.</p> <p>GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito</p>
11h00 a 11h10		<p>Dinámica energizante Para cuando suena la música (estatuas) parlante o sistema de sonido. Diana/Paula</p>	
11h10 11h40	Presentación de material audiovisual	Presentación de video para promover la identificación de elementos de la evaluación de psicosis	<p>GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito.</p>



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

		PROYECTAR VIDEO DE LA OPS	GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
11h40 12h10	Trabajo a partir de casos en grupos y plenaria para abordar el plan de manejo básico, el seguimiento y el cierre.	Se reparten casos a los grupos para que se puedan analizar por medio de tarjetas interactivas el plan de manejo básico y el seguimiento, luego se genera la plenaria general y se aborda con PPTS estos aspectos. Se pide que coloquen en post its los aprendizajes alrededor del módulo de Psicosis en pliegos de papel A2 ubicados en la sala. Cierre del módulo. Responsable: EQUIPO USFQ	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
12h10 a 12h45	MODULO 3 Suicidio Actividad movilizadora	Lectura de enunciados sobre suicidio y en la sala se ponen en de acuerdo, en desacuerdo, no estoy seguro. Los facilitadores tendrán frases sobre el suicidio, y las pondrán en carteles. Las frases se pondrán en diferentes espacios del aula y los participantes se pondrán en diferentes lugares en el aula, considerando el nivel de acuerdo con la frase (más cerca, más de acuerdo). Los participantes explican sus argumentos de por qué escogieron Si No o no se´ Responsable: EQUIPO USFQ Paula/Tabatha	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
12h45 13h45		almuerzo	
14h00 14h30	Aproximación hacia el Suicidio	-Conceptualización	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito.



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

		-Motivos de consulta característicos en personas que presentan riesgo de suicidio o autolesión. -Evaluación	GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
14h30 14h40	Dinámica de activación conductual	Mediante una dinámica se busca promover la interacción grupal. RESPONSABLE: EQUIPO USFQ Preguntas movilizadoras: Realizar preguntas generales a la sala con el fin de que las personas caminen hacia adelante Cindy/Sofi	Soporte San Francisco de Quito
14h40 15h10	Análisis plan de manejo básico mediante un video inicial y consideraciones del seguimiento y cierre del modulo	Presentación de un video sobre el suicidio (link) VIDEO PREMIER LEAGUE y de manera general se trabaja en el plan de manejo básico y el seguimiento, se proyectan ppts con tarjetas interactivas para analizar frases de verdadero y falso . Se colocan pliegos de papel A2 en la sala para que los y las participantes puedan colocar sus aprendizajes. Responsable de la actividad	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
15h10 a 15h40	Espacio dialógico para promover reflexiones finales	Se busca promover que las personas participantes compartan sus reflexiones, comentarios y aprendizajes sobre los dos días de la jornada presencial. A que me comprometo Que hacer y que cambiar... MENTIMETER CON UN QR ASEGURAR QUE SE CONECTEN A INTERNET Responsable: Tabatha y Emilio	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
15h40 a 16h00	Recolección de insumos para conocer las formas posibles de implementación	Se comparte un formulario de Google para colocar las formas de implementación que perciben los colegas en su trabajo diario. (sugiero hacer una evaluación del taller) Tataba y Emilio	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2



**Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.**

		Hacemos un Google forms para evaluar el taller, un pre y post con un QR Papelógrafo con el título Retroalimentación (día 1 y día 2) ¿Qué es lo que más me gustó del proceso? ¿Qué podríamos mejorar de la facilitación?	HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
16h00 a 16h30	Cierre de la jornada palabras finales de agradecimiento		Consultora de Salud Mental OPS/OMS Coordinador SMAPS HIAS ECUADOR Coordinador de Salud Mental Secretaria de Salud del DMQ Coordinadora de Psicología USFQ

Nota: se realizará una sistematización de los aportes y aprendizajes del día en un documento de recolección de contenidos por parte de HIAS Ecuador y Universidad San Francisco de Quito. Se incluirán los resultados de las evaluaciones pre y post taller, se propone una reunión posterior para presentación de aspectos relevantes del entrenamiento