

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ

Colegio de Ciencias Sociales y Humanidades

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

Proyecto Integrador

Paula Sarahí Guzmán Porras

Psicología

Trabajo de titulación presentado como
requisito para la obtención del título de

Licenciado/a en Psicología.

Quito, 19 de diciembre del 2023

UNIVERSIDAD SAN FRANCISCO DE QUITO USFQ
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 (Proyecto mhGAP)**

Paula Sarahí Guzmán Porras

María Cristina Crespo Andrade, PhD

Quito, 19 de diciembre de 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: Paula Sarahí Guzmán Porras

Código: 00213896

Cédula de identidad: 1720366846

Lugar y fecha: Quito, 19 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UNPUBLISHED DOCUMENT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 these publishing available on <http://bit.ly/COPETHeses>.

RESUMEN

El deterioro en la salud mental fue uno de los efectos secundarios con mayor repercusión tras la crisis humanitaria del COVID-19. A lo largo de la pandemia, aumentó la brecha en atención y tratamiento de la salud mental, resultando en un mayor índice de casos de trastornos mentales presentes en el Ecuador. Ante las importantes necesidades de la comunidad, la Secretaría de Salud del Municipio de Quito (UMSC) solicitó apoyo de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) y de la Universidad San Francisco de Quito (USFQ) para capacitar a su personal de salud en primera línea de atención en temáticas relacionadas con la salud mental. A lo largo del proyecto, se sumó la organización Hebrew Immigrant Aid Society Ecuador (HAIAS), con su personal especializado en salud mental como facilitadores en la capacitación.

El propósito de este proyecto fue implementar la metodología Mental Health Global Action Programme (mhGAP) para capacitar a 200 funcionarios de salud del Municipio de Quito, que no tienen especialización en salud mental. El proyecto buscó ofrecer herramientas de orientación y planes de manejo básico que impulsen la atención y el tratamiento de la salud mental.

En la revisión de literatura se analizaron los factores que influyen en la salud mental como: la desigualdad socioeconómica, poco acceso al servicio de salud mental, estigmatización y la falta de capacitación del personal de salud que se encarga de atender a la comunidad. También se exploraron estrategias similares desarrolladas en otros entornos.

Este trabajo fue realizado en colaboración con Sofía Portilla Villegas y Diana Del Rosario Ruiz Peragallo

Palabras clave: salud mental, brecha de atención, comunidad, trastornos, mhGAP.

ABSTRACT

Deterioration in mental health was one of the side effects with the greatest impact following the COVID-19 humanitarian crisis. Throughout the pandemic, the gap in mental health care and treatment increased, resulting in a higher rate of cases of mental disorders present in Ecuador. Given the significant needs of the community, the Health Secretariat of the Municipality of Quito (UMSC) requested support from the Pan American Health Organization (PAHO) and the Universidad San Francisco de Quito (USFQ) to train its frontline health personnel in mental health-related issues. Throughout the project, the Hebrew Immigrant Aid Society Ecuador (HAIAS) participated with its staff specialized in mental health as facilitators in the training.

The purpose of this project was to implement the Mental Health Global Action Programme (mhGAP) methodology to train 200 health officials of the Municipality of Quito, who do not have a specialization in mental health. The project sought to provide orientation tools and basic management plans to promote mental health care and treatment.

The literature review analyzed the factors that influence mental health such as: socioeconomic inequality, poor access to mental health services, stigmatization and lack of training of health personnel in charge of serving the community. Similar strategies developed in other settings were also explored.

Key words: mental health, care gap, community, disorders, mhGAP.

TABLA DE CONTENIDOS

DESCRIPCIÓN DEL RETO Y DE LOS INTERESADOS	10
SOLICITUD DE LA ORGANIZACIÓN	10
DESCRIPCIÓN DE LAS ORGANIZACIONES	11
<i>Municipio de Quito y su plan de salud mental.</i>	<i>11</i>
<i>Organización Panamericana de la Salud (OPS).</i>	<i>12</i>
<i>Hebrew Immigrant Aid Society (HIAS Ecuador).</i>	<i>13</i>
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O LA NECESIDAD	13
AFECTADOS POR EL PROBLEMA	15
PROGRAMA MHGAP	20
TRASTORNO POR ESTRÉS AGUDO	21
DUELO COMPLICADO O PATOLÓGICO	22
SUICIDIO	23
TRASTORNO DEPRESIVO MODERADO A GRAVE	26
OTROS SÍNTOMAS EMOCIONALES IMPORTANTES	29
FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL PROBLEMA	30
BAJO PRESUPUESTO DEDICADO A SALUD MENTAL	30
DESINFORMACIÓN Y ESTIGMA	30
ESTRATEGIAS APLICADAS PREVIAMENTE	31
PROPUESTA	33
OBJETIVOS	33
<i>Objetivo general.</i>	<i>33</i>
<i>Objetivos específicos.</i>	<i>33</i>
PLAN DE IMPLEMENTACIÓN	40
CONCLUSIONES FINALES	41
ANEXOS	42
ANEXO A: CRONOGRAMA SESIONES DE CAPACITACIÓN	42
REFERENCIAS	53

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1: TAMAÑOS DE LOS EFECTOS COMBINADOS DE LOS METAANÁLISIS QUE INCLUYEN UN CAMBIO O UNA COMPARACIÓN CON LA PREVALENCIA PREPANDÉMICA. _____	16
TABLA 2: PREVALENCIA ESTIMADA Y NÚMERO DE ADOLESCENTES ENTRE 10 A 19 AÑOS CON TRASTORNOS MENTALES EN AMÉRICA LATINA Y EL CARIBE. _____	18

INDICE DE FIGURAS

FIGURA 1.	37
FIGURA 2.	37
FIGURA 3.	38
FIGURA 4.	38
FIGURA 5.	39
FIGURA 6.	39

DESCRIPCIÓN DEL RETO Y DE LOS INTERESADOS

Solicitud de la organización

El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ), a raíz de su preocupación sobre las brechas de atención salud mental que atraviesa la ciudad, se une con la Organización Panamericana de Salud (OPS) en un proyecto orientado a fortalecer las capacidades del personal de salud perteneciente a la primera línea de atención del DMQ.

La OPS acude al convenio firmado entre esta institución y la Universidad San Francisco de Quito, y pide apoyo para responder a este requerimiento. También se sumó al proyecto Hebrew Immigrant Aid Society (HAIAS), que colaboró con su personal especializado como facilitadores en los talleres.

El reto al que nos enfrentamos como estudiantes de la Universidad San Francisco de Quito implicó la colaboración en la planificación y ejecución de talleres especializados, diseñados con el propósito de fortalecer el conocimiento de los profesionales de salud del DMQ en temas de salud mental. Los talleres fueron acompañados de la aprobación del curso autodidacta de Acción Mental en Salud (mhGAP), cuyo objetivo se centra en fortalecer el acceso y calidad de la atención en salud mental a nivel mundial.

Este reto no solamente representa la oportunidad de fortalecer la calidad de los servicios de atención en salud mental, sino que también contribuye a la mejora de la red de profesionales que están comprometidos con el bienestar de la comunidad. Mediante una colaboración activa entre organizaciones y profesionales, esperamos alcanzar una mejora significativa y duradera en la atención de salud mental en nuestra comunidad.

Descripción de las organizaciones

Municipio de Quito y su plan de salud mental.

En Ecuador los Gobiernos autónomos descentralizados (GAD) son las entidades locales de cada distrito que se encargan de la administración y gestión de los recursos y asuntos de cada territorio autónomo desempeñando una posición clave en la toma de decisiones de las ciudades en cuanto a sus urgencias de atención y ejes más importantes. (Yáñez, 2013). El Municipio del Distrito Metropolitano de Quito (DMQ) es el organismo encargado de gestionar y administrar asuntos locales de la ciudad en torno al bienestar de los ciudadanos en los asuntos de desarrollo económico, educativo, cultural y de salud (Gobierno Autónomo Descentralizado del Distrito Metropolitano de Quito, 2016).

En el plan actual del Municipio de Quito se aborda a la salud mental como una atención primaria de enfoque comunitario poniendo énfasis en la prevención del suicidio, la organización de nuevos servicios de salud enfocados en la atención ambulatoria y la participación social de la comunidad (Quito Informa, s.f).

En relación con la prevención del suicidio el plan de salud mental de DMQ se ha propuesto disminuir los índices y prevenir el suicidio en la capital, para esto se ha designado a la Secretaría de Salud ejecutar un perfil epidemiológico con la finalidad de dar un paso estratégico para enfrentar la problemática. La secretaria de salud del Municipio presentó el pasado 11 de septiembre del 2023 el perfil epidemiológico del suicidio en la ciudad, que proporciona datos sobre las tasas de suicidio, número de casos, fechas de mayor incidencia (meses y horarios), motivaciones, métodos y zonas habituales, además de incidentes tratados a través de la línea del 911 (Quito Informa, 2023).

En cuanto a los servicios de salud, el Municipio se encuentra trabajando en la implementación de centros de atención ambulatoria de salud mental inaugurando el primero el 8 de marzo del 2023. Estos centros tienen la finalidad de disminuir factores de riesgo que afectan a los habitantes de la ciudad como son el consumo de sustancias, suicidio, etc. Los centros cuentan con 40 profesionales en áreas de psicología, nutrición y medicina que atenderán gratuitamente a los ciudadanos que agenden una cita a través de los canales oficiales. Finalmente, el DMQ busca dentro de su plan una participación social más continua de la comunidad donde se busca educar acerca de las mayores problemáticas que afectan a la ciudad y fomentar una conciencia en el ámbito de la salud mental y su importancia para el bienestar global del personal.

Organización Panamericana de la Salud (OPS).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS) es una entidad internacional de salud pública integrada en el sistema de las Naciones Unidas cuyo principal propósito consiste en impulsar una mejora en la salud y el bienestar de los habitantes del continente americano. La OPS funciona como la entidad regional para la salud en las Américas abarcando labores desde Canadá hasta Chile. Uno de sus aspectos clave en cuanto a la labor que ejercen se centra en la promoción de la salud mental en la región. (OPS, 2018).

Entre sus responsabilidades en este ámbito se incluyen: la prevención de enfermedades mentales (mediante iniciativas que fomentan entornos saludables y concientizar sobre causas de riesgo y protección para la salud mental); además, colabora en la planificación y respuesta ante emergencias y crisis que puedan impactar significativamente en la salud mental de las comunidades (OPS, 2018).

Asimismo, trabaja para aumentar el reconocimiento de la necesidad de cuidar la salud mental y reducir el estigma asociado con los trastornos mentales mediante campañas de

educación pública y esquemas comunitarios. En resumen, la OPS desempeña una función esencial en la difusión de la salud mental, colaborando estrechamente con los países miembros y otros aliados para abordar los desafíos relacionados con la salud mental en la región de las Américas (Étienne, 2018; OPS 2018).

Hebrew Immigrant Aid Society (HIAS Ecuador).

HIAS es una Organización que vela por los refugiados. Originalmente comenzó con la comunidad judía que buscaba ayudar y proteger a los refugiados que migraban de la Segunda Guerra mundial hacia Estados Unidos y que continuó ayudando a generaciones de judíos refugiados en situaciones vulnerables. Actualmente HIAS ayuda a refugiados de diferentes etnias, culturas y nacionalidades en el ámbito social, legal y laboral (Hebrew Immigrant Aid Society, s.f).

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA O LA NECESIDAD

Por salud mental se refiere a un estado de vida favorable que hace que una persona sea funcional en todas las áreas de su vida. Es un derecho humano y un estado necesario para un crecimiento individual y comunitario, no es solamente la ausencia de los trastornos mentales como muchas veces se la define ya que es parte de la salud integral (Organización Mundial de la Salud, 2022). Para gozar de salud mental hay muchos factores que van a influir como, por ejemplo: la actividad, la salud en general, las relaciones interpersonales, los patrones de pensamiento, la autoestima y más factores (Melgosa, 2017).

En la pandemia del COVID-19 la salud mental de la población general se vio afectada, ya que la misma impactó negativamente la actividad cotidiana de las personas y su desarrollo en el ámbito social. El distanciamiento social y la ansiedad por contraer la enfermedad causó problemas nuevos de salud mental y empeoró los preexistentes (Hernández, 2020). Tanto la población general, como el personal médico de primera línea

padecieron de altos niveles de estrés, trastornos relacionados con la ansiedad, la depresión y el insomnio según algunos estudios (Talevi et al; 2020).

La pandemia del COVID-19 es considerada un trauma social e individual. Social ya que cambió las actividades cotidianas, encerró a todas las personas y se prohibieron situaciones sociales ya que estas eran peligrosas para la salud de todos. Por otro lado, causó trauma individual ya que surgieron muchos trastornos mentales, incapacidad de afrontamiento en muchos casos, estrés que llegó a niveles de cumplir con los criterios de trastornos de ansiedad, estrés post traumático, depresión por causa del aislamiento social y de los trastornos de ansiedad, pérdidas de seres queridos, miedo de tener interacciones sociales y más (Frąckowiak-sochańska, 2020).

Por eso, la pandemia del COVID-19 es considerada como una crisis humanitaria mundialmente ya que ha representado un problema en muchos sistemas, tanto en la economía mundial, en la salud y el sistema de sanidad, los sistemas educativos y laborales y más (Ahumada et al; 2020). En esta crisis humanitaria, existieron situaciones que comprometieron la salud mental comunitaria e individual por la incertidumbre, el miedo y el estrés que la gente experimentó durante este tiempo (Pan American Health Organization, s.f). Se dio a conocer que el 60% de los países mundialmente interrumpieron sus servicios de salud relacionados con la atención a trastornos mentales y que el 93% paralizó los servicios de salud mental (Organización Mundial de la Salud, 2020).

Es evidente que la pandemia agravó los problemas de salud mental y aumentó la brecha de atención. La brecha de atención de salud mental se refiere a la diferencia entre la cantidad de personas que presentan un trastorno mental y las personas que realmente reciben atención necesaria para su tratamiento (Kohn, 2013).

En lo que respecta a los adultos que enfrentan trastornos afectivos, de ansiedad y por consumo de sustancias, se estima que la diferencia entre la necesidad de tratamiento y su acceso es del 73,5% en la región de las Américas, del 47,2% en América del Norte y del 77,9% en América Latina y el Caribe. Si se toman en cuenta todos los trastornos, sin considerar su gravedad, la brecha de tratamiento en la región asciende al 78,1% (Kohn, 2013).

La salud en términos generales y especialmente la salud mental pueden ser vistas como un recurso social fundamental y un activo para los momentos complicados, cuyo acceso muestra desigualdades. La presencia de recursos que contribuyen a salvaguardar la salud mental está condicionada por la política social del Estado, la cual tiene el potencial de aliviar los impactos derivados de situaciones de crisis (Frąckowiak-sochańska, 2020).

Afectados por el problema

La pandemia mundial ha dejado a su paso un rastro de desafíos significativos en la salud mental de las personas. En el año 2022, la Organización Mundial de la Salud publicó evidencia que se tiene debido al impacto de la pandemia. Las cifras muestran que se generó un aumento del 27,6% dentro del diagnóstico del trastorno depresivo mayor y un 25,6% en los casos de trastorno de ansiedad (World Health Organization, 2022).

Tabla 1: Tamaños de los efectos combinados de los metaanálisis que incluyen un cambio o una comparación con la prevalencia prepandémica.

Variables	Population	Studies (n)	Comparisons (n)	Pooled sample size	Pooled effect*	95% CI change
Anxiety						
Before vs. March–April 2020 (15)	Mixed		29		0.14	-0.02 to 0.30
Before vs. May–July 2020 (15)	Mixed		23		0.05	-0.04 to 0.14
PHSM vs. no PHSM (16)	General (adult)	10			0.17	0.07 to 0.27
Before vs. during pandemic (17)	General	23		49 746 (p) 132 145 (c)	0.40	0.15 to 0.65
Before vs. during pandemic (17)	Health care workers	13		5 508 (p) 22 204 (c)	-0.08	-0.66 to 0.49
Before vs. during pandemic (17)	COVID-19 patients	6		1 845 (p) 12 458 (c)	0.31	-0.07 to 0.69
Depression						
Before vs. March–April 2020 (15)	Mixed		32		0.23	0.11 to 0.34
Before vs. May–July 2020 (15)	Mixed		26		0.20	0.10 to 0.30
PHSM vs. no PHSM (16)	General (adult)	9			0.15	0.01 to 0.30
Before vs. during pandemic (17)	General	25		60 213 (p) 183 747 (c)	0.67	0.07 to 1.27
Before vs. during pandemic (17)	Health care workers	14		2 226 (p) 4 605 (c)	-0.16	-0.59 to 0.26
Before vs. during pandemic (17)	COVID-19 patients	7		1 461 (p) 21 934 (c)	0.48	-0.08 to 1.04

Fuente: World Health Organization 2022.

En contextos globales, se ha encontrado que entre el 20% y el 70% de la población sigue experimentando los síntomas y los efectos del trastorno depresivo y del trastorno de ansiedad. Según la OMS los grupos más afectados incluyen a mujeres, jóvenes, trabajadores dentro del área de salud mental, personas con bajos ingresos y las personas con problemas mentales ya existentes (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Anteriormente, se mencionó que el trastorno depresivo mayor y el trastorno de ansiedad han tenido un incremento en sus cifras debido a la pandemia. La magnitud de este impacto ha generado que las cifras del trastorno de depresión aumenten.

En diversos estudios sobre la epidemiología de la depresión se han encontrado porcentajes similares a los mencionados anteriormente. Las estadísticas en el año 2017 evidencian que un 3,44% de personas que padecían de este trastorno a nivel global; como ya se mencionó, durante la pandemia los casos de depresión tuvieron un aumento significativo hasta siete veces mayor comparado con los números registrados anteriormente. El impacto del brote de la pandemia aumentó hasta un 25% de personas que padecen de depresión en todo el mundo (Bueno-Notivol et al., 2021).

En cuanto a las estadísticas relacionadas con la ansiedad, se conoce que esta también aumentó durante y luego de la pandemia. Los resultados de la investigación de Mendes et al., demuestran que un 35% de la muestra presentó síntomas de ansiedad durante la pandemia, con un porcentaje de 15,45% de personas con síntomas leves y un 5,65% de personas con síntomas extremadamente graves. Estos hallazgos demostraron que una de cada tres adultos del grupo investigado sufrió del trastorno de ansiedad por la pandemia (Mendes et al., 2022).

Al recopilar la información presentada anteriormente se puede suponer que la brecha de salud mental se ha visto alterada debido a la falta de acceso que tienen las personas al tratamiento y atención por parte del personal de salud. La OMS alerta que la salud mental de las personas se ve perjudicada por los cambios sociales, condiciones que generan estrés, factores psicológicos o de personalidad entre otros. Por causa de la falta de intervención médica y psicológica, se requiere un mejor monitoreo dentro de los diferentes sectores con el objetivo de fomentar un buen servicio y manejo de su tratamiento (Organización Panamericana de la Salud, 2020).

En el mundo se estima que un 70% de las personas necesitan un servicio en el área de salud mental, pero carecen de una atención integral por parte del personal de salud (Wainberg et al., 2017). La brecha de atención varía de acuerdo al trastorno. Aproximadamente un 90% de las personas que padecen de esquizofrenia requieren de acceso a atención médica, pero desafortunadamente no logran acceder a sus tratamientos (Wainberg et al., 2017). Solamente un 29% de personas que padecen de trastornos específicos como la psicosis y el trastorno de depresión han recibido un tratamiento formal y adecuado, según datos proporcionados por la Consejería General de la Psicología de España (Infocop, 2023).

Los problemas de salud mental no alteran solamente a la población adulta. A nivel mundial se han registrado estadísticas acerca de la salud mental entre las edades de 10 a 19

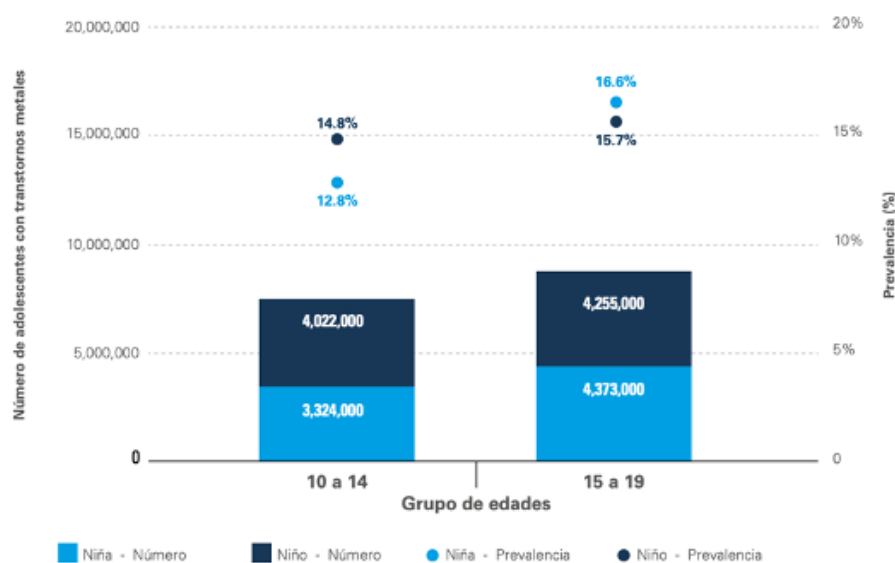
años. Se ha calculado que un 14% de la población mundial dentro de este rango de edad, sufre de algún trastorno mental debido a que son más vulnerables a padecer exclusión social, discriminación e incluso dificultades educativas (World Health Organization 2021).

La Sociedad de Salud y Medicina del adolescente de Estados Unidos, también conocida por SAHM por sus siglas en inglés, menciona la importancia de la implementación de la salud mental a nivel global para los adolescentes. Se ha recolectado datos de más de 45,000 adolescentes a nivel mundial entre las edades de 10 a 19 años que han perdido la vida por resultado de autolesiones que llevan al suicidio (Guthold et al., 2023).

No obstante, existe una problemática en cuanto a los trastornos de salud mental, ya que, si bien no todos concluyen en suicidio o autolesión, existen trastornos como los desórdenes del comportamiento infantil, ansiedad y depresión que dependiendo de su gravedad pueden hacer que el niño o el adolescente sea o no funcional (Guthold et al., 2023).

Por otro lado, la preocupación dentro de América Latina sobre la salud mental infantil ha ido intensificándose durante los años. Una investigación sobre las estadísticas dentro de América Latina y el Caribe, indica que alrededor de 16 millones de adolescentes entre las edades de 10 a 19 años viven con algún trastorno mental. Se calcula un aproximado de un 32,3% de adolescentes entre las edades de 15 a 19 años y un 27,6% de niños entre las edades de 10 a 14 años con trastornos mentales; la siguiente gráfica clasifica estos datos por edades y por género (UNICEF, 2021).

Tabla 2: Prevalencia estimada y número de adolescentes entre 10 a 19 años con trastornos mentales en América Latina y El Caribe.

Prevalencia estimada y número de adolescentes de 10 a 19 años con trastornos mentales en ALC

Fuente: Análisis de UNICEF realizado a partir de las estimaciones del Estudio de la carga mundial de enfermedades de 2019 del Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud.

Dentro del Ecuador se llevó a cabo una encuesta conocida como “Tu voz, tus derechos”, esta encuesta fue realizada por World Vision, una organización no gubernamental, que realizó esta investigación con el objetivo de implementar programas de apoyo hacia las familias ecuatorianas.

En este estudio, se revelan resultados de más de 274 mil niños dentro de las 24 provincias ecuatorianas. Esta encuesta clasificó el estado de ánimo que presentan los niños y se halló que un 76% de niños que presentan emociones de felicidad, mientras que el 20% padece de síntomas de tristeza como el estrés y cansancio (CERES, 2023).

La iniciativa de este estudio fue desarrollada por la Red Nacional de Niñas, Niños, Adolescentes y Jóvenes Wamprakunapak Yuyaykuna junto con el apoyo del Ministerio de Educación. Los niños y adolescentes que formaron parte de la encuesta variaron entre las

edades de 9 hasta los 18 años. Las conclusiones de la encuesta demostraron un aproximado del 74% de niños y adolescentes con sensaciones de seguridad dentro de su entorno escolar y del hogar, por otro lado, un 28% menciona sensaciones de incomodidad con respecto a acudir a un profesional de salud. Finalmente, se encontró que un 64% de los niños encuestados sí logran acudir a sus cuidadores al momento de presentar emociones negativas (CERES, 2023).

Programa MhGAP

El Mental Health Global Action Programme (MhGAP) es un programa creado por la Organización mundial de la salud (OMS) y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) para abordar trastornos mentales desde la atención de salud primaria en casos de crisis humanitarias y también para que los casos de salud mental puedan ser abordados en todos los sistemas de salud atendiendo a las necesidades no simplemente físicas, sino también mentales de los pacientes (Pan American Health Organization, s.f).

El programa nace bajo la necesidad de abordar las deficiencias en la salud mental de miles de personas ya que, según el Atlas de Salud Mental de la OMS en 2014, más del 45% de la población mundial vive en países donde hay un psiquiatra por cada cien mil personas (World Health Organization, 2014).

Evidentemente es una cifra alarmante y muchas personas no pueden recurrir a la atención que necesitan porque estadísticamente es imposible atender todos los casos de salud mental. Es por esta razón que el mhGAP se convirtió en un programa necesario para atender a casos sin necesidad de referir a un paciente para que sea atendido por psicólogos o psiquiatras (Guía de Intervención mhGAP, 2017).

El programa Mhgap contiene planes de manejo básico para los trastornos mentales más frecuentes y proporciona directrices detalladas para abordar diversas condiciones psicológicas en contextos de crisis, ofreciendo un enfoque integral para la atención y el

respaldo. En esta discusión, nos enfocaremos en explorar algunos trastornos mentales clave, como el estrés agudo, el duelo, el suicidio, el trastorno depresivo moderado a grave y otros síntomas emocionales relevantes que desempeñan un papel fundamental en la comprensión y el tratamiento de la salud mental en situaciones de crisis humanitarias.

Trastorno por estrés agudo

El trastorno por estrés agudo (*TEA*) se refiere a la reacción inoperante, desajustada e intensa que se manifiesta después de un evento traumático o abrumador, y tiene una duración que se prolonga por un lapso corto (Elia, 2023). Las personas con *TEA* experimentan respuestas de estrés tras la exposición a un evento traumático que se manifiestan en el plazo de hasta un mes. La causa esencial de este trastorno envuelve el evento traumático dentro del cual se pueden considerar puntos como una amenaza de muerte, traumas físicos y psicológicos o la violencia sexual, en una de las siguientes formas:

- Experiencia propia de la persona.
- Presencia directa de los hechos experimentados por terceros.
- Recibir la noticia de que el evento traumático le ha sucedido a un pariente o amigo cercano (Jarero, 2013).

En relación con los síntomas, el *Manual de diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM-5)* menciona que el trastorno por estrés agudo implica una serie de criterios a considerar. Estos criterios abordan problemas a nivel cognitivo, emocional y de comportamiento manifestados en un periodo posterior a no más de un mes luego del acontecimiento traumático (American Psychiatric Association, 2014).

Los patrones predominantes para tomar en cuenta para el trastorno de estrés agudo incluyen elevados y prolongados niveles de ansiedad, disociación, repetición mental y amnesia extendida. Otros criterios que tomar en cuenta por el *DSM-5* son los descritos al momento de realizar un diagnóstico de estrés agudo que podría convertirse en un estrés

postraumático (*TEPT*). Esto implica la presencia de síntomas durante una cantidad de tiempo considerable (mayor a un mes) y debe abarcar los aspectos mencionados anteriormente (American Psychiatric Association, 2014).

Una gran parte de los individuos que afrontan un trastorno por estrés agudo mejoran una vez que son separados del problema (acontecimiento que causó el trauma derivado al TEA) y que reciben apoyo y respaldo para afrontar la situación. Otorgar a la persona el espacio para hablar de su malestar y la oportunidad de relatar el suceso (hablar de lo experimentado) es el inicio del proceso de tratamiento lo que implica empatía hacia su vivencia, otorgado idealmente por su círculo de confianza y por los profesionales de la salud encargados. Así mismo en algunos casos se puede necesitar suministrar temporalmente medicamentos que alivien los niveles de ansiedad elevados y que ayuden a la persona a controlarlos permitiéndole controlarlos y descansar adecuadamente (Gálvez, 2015).

Duelo complicado o patológico

El duelo complicado llamado también duelo patológico se refiere a la respuesta intensa y prolongada que va más allá de la reacción típica del duelo (Martínez, 2018). Es importante reconocer que el proceso de duelo varía en cada persona lo que lo convierte en un proceso único e irrepetible; sin embargo, existen momentos cuando la aflicción de la situación se vuelve abrumadora y debilitante, afectando negativamente a la vida de la persona y alineándose a un estado que puede desencadenar trastornos como la depresión o estrés postraumático (TEPT) (Girault et al., 2020).

El proceso de duelo está ligado en su mayoría a la pérdida de un ser querido, sin embargo, es importante reconocer que también se puede experimentar un proceso de duelo por factores como: la pérdida de capacidades propias del ser humano, la separación física de lugares y/o personas o pérdida de un objeto de apego (Monroy, 2018).

Los síntomas patológicos del duelo significan una duración prolongada y debilitante para la persona. Entre los mismos se incluyen: retirarse de todo tipo de interacciones sociales y presentar una dificultad para conectarse con los demás (aislamiento social), manifestación o experiencia de síntomas similares a los mencionados en el trastorno por estrés postraumático como la presencia de pesadillas constantes en torno al recuerdo de la pérdida (persistencia de síntomas traumáticos) y síntomas físicos que se manifiestan con la fatiga o cansancio persistente, dolores en las articulaciones e inflamación y dolor en puntos como los hombros o espalda y problemas de sueño (Gómez, 2019).

La identificación y tratamiento para el duelo complicado o patológico requiere del diagnóstico de profesionales capacitados en el área de la salud mental, la manifestación que implican estos síntomas intensos y prolongados antes mencionados requiere de un proceso terapéutico controlado por psicólogos y psiquiatras (Worden, 2013).

Una de las estrategias utilizadas para el tratamiento del duelo complicado es la terapia cognitivo conductual, que se centra en cambiar los patrones de comportamiento disfuncionales que se manifiestan con el duelo patológico mediante la exposición del paciente al abordaje de pensamientos negativos, e incitando el afrontar la pérdida de manera efectiva, desarrollando estrategias para reducir la intensidad de las emociones vividas por la persona. En algunos casos la medicación puede ser efectiva, en especial en casos donde los síntomas de ansiedad y depresión de la persona sean prolongados y graves (Yeyati, 2022).

Suicidio

Los pensamientos suicidas se consideran como contemplaciones, deseos y preocupaciones sobre la muerte o el intento de cometer un acto suicida. Se ven asociados a diferentes factores de riesgo que influyen en su gravedad, como podrían ser los trastornos

mentales, especialmente el trastorno depresivo, enfermedades neurológicas o enfermedades genéticas (World Health Organization, 2016).

Las personas que presentan un riesgo suicida comienzan a generar pensamientos vagos que podrían estar llevándolos a una planificación y una búsqueda de métodos para poner fin a sus vidas (Brown, 2020). Existe confusión con respecto a la diferenciación sobre los pensamientos o deseos suicidas con los intentos suicidas. La diferencia consiste en que los deseos suicidas son causados por una carga percibida y un exceso de frustración y por otro lado, los intentos suicidas ocurren al momento en que la persona es capaz de realizar el intento suicida (Klonsky et al., 2021).

La OMS presentó datos sobre el suicidio a nivel mundial, al año 2019 se registró un aproximado de 700,000 personas que han cometido el acto del suicidio. Adicionalmente se mencionan que los países de bajos ingresos y medianos representan un 77% de suicidios a nivel global (World Health Organization, 2019).

Dentro del Ecuador se registran más de 1000 casos de suicidio al año por heridas autoinfligidas, según el Ministerio de Salud Pública (MSP). El número de defunciones por suicidio ha disminuido desde el año 2016 donde se reportaron 1,233 casos. En el año 2020 se registraron 1.089 casos y en el 2021, 880 casos. También se conoce que dentro de la provincia de Pichincha se encuentran más casos de defunciones, seguido de Azuay y Guayas (Ministerio de Salud Pública, 2023).

Las personas con intención suicida podrían presentar señales de advertencia que varían dependiendo el caso. La Asociación Americana de Psicología (APA) menciona las señales más comunes que se deben considerar: problemas dentro de la alimentación, pérdida de interés dentro de actividades cotidianas, cambios drásticos en apariencia y en

comportamiento, y que la persona considere y verbalice intenciones suicidas, entre otras señales (American Psychological Association, 2019).

En cuanto a los síntomas, Bernert y sus colaboradores realizaron un estudio en el cual se encontró que la alteración del sueño es considerada como una señal de advertencia dentro de la ideación suicida. El estudio consistía en investigar la alteración del sueño durante un periodo agudo. Los resultados indicaron que algunas alteraciones del sueño como el insomnio y las pesadillas aumentan la probabilidad de la ideación suicida ya que se consideran clínicamente significativas. Estas conclusiones demuestran que las alteraciones de sueño son consideradas como señales de alerta que se deben tomar en consideración (Bernert et al., 2017).

Los síntomas de una persona con rasgos y comportamientos suicidas dependerán de su personalidad y de su ambiente. En cuanto a las causas del suicidio por su complejidad, existe una gran variación entre individuos. Se conoce que por lo general no existe un motivo único, sino que ocurre por causa de una gran acumulación de sucesos traumáticos de la vida. Algunos de los factores de riesgo son los problemas de salud, abuso de sustancias, experiencias traumáticas, presión social, dolor crónico, entre otras (West, 2022). Por otro lado, un estudio realizado por Ghanshyam Pandey, menciona las causas biológicas que se lograron encontrar en personas con ideación suicida. Los resultados de este estudio muestran bajos niveles de 5HT (hidroxitriptamina) que actúan como receptores de serotonina que se encuentran en plaquetas de pacientes con ideación suicida (Pandey, 2013).

Existen estrategias de prevención para afrontar la problemática del suicidio, estos enfoques van desde la psicoterapia y la implementación de medicamentos con el objetivo de atenuar los síntomas del trastorno. En primer lugar, tenemos la terapia familiar basada en el apego también conocida como (ABFT) por sus siglas en inglés. Este tipo de tratamiento tiene

respaldo empírico y tiene como objetivo lograr que la persona se centre en sus procesamientos emocionales, ya que tiene un enfoque interpersonal que está orientado para adquirir información de la vida del paciente y así llegar a obtener mejores resultados dentro de la terapia (Diamond et al., 2021).

Asimismo, la terapia cognitiva conductual (TCC) tiene como enfoque promover la esperanza del paciente, buscando disminuir la creencia de la desesperanza y la manera en cómo perciben el futuro (Marback et al., 2014). Un estudio realizado por Mewton y colaboradores, han demostrado la efectividad de la terapia cognitiva conductual (TCC), ya que demuestra reducir el riesgo del suicidio. Igualmente se logra observar que la terapia permite desafiar los sesgos cognitivos y del comportamiento con ayuda de la exposición gradual (Mewton et al., 2016).

Trastorno depresivo moderado a grave

El trastorno depresivo afecta el estado de ánimo y genera una ausencia de satisfacción y de interés en ciertas actividades, esto permanece durante largos periodos de tiempo si no se trata de manera efectiva. La Organización Mundial de la Salud (OMS) menciona que las características más comunes como la pérdida de interés o placer, afectaciones dentro del ambiente laboral y familiar, incrementan las sensaciones de infelicidad dentro de la vida de la persona (World Health Organization, 2023).

Por otra parte, la Asociación Americana de psicología (APA) menciona que las personas que enfrentan este trastorno se ven perjudicados por un incremento de problemas físicos y emocionales que provocan un decaimiento del estado de ánimo, lo que se refleja en el entorno del hogar y en ámbitos del trabajo o sociales (American Psychological Association, 2023).

Dentro del Manual de diagnósticos y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5), se menciona que el trastorno depresivo se subdivide en 3 trastornos. El primer trastorno se conoce como *trastorno depresivo mayor*, este trastorno puede aparecer en episodios aislados donde en ciertas personas no genera síntomas por una gran cantidad de tiempo, mientras que en otras, se genera en episodios más frecuentes dependiendo de su edad.

Adicionalmente, el DSM-5 indica que el trastorno depresivo mayor suele aparecer debido a algún episodio psicosocial grave, estos factores estresantes son de suma importancia debido a que afectan el primer o el segundo episodio que genera el trastorno depresivo mayor.

El siguiente trastorno se conoce como *trastorno distímico*, donde el estado de ánimo depresivo de la persona perdura la mayor parte de los días por aproximadamente dos años. El DSM-5 menciona que los síntomas más comunes que presentan las personas que se ven vulneradas por este trastorno son: problemas alimenticios como el trastorno de atracón o la falta de alimentación; dificultades para dormir que se puede dar como el insomnio o hipersomnias; bajo rendimiento en las actividades cotidianas; dificultad para la toma de decisiones y sensaciones de desesperanza.

Finalmente, tenemos el trastorno depresivo NOS (Not Otherwise Specified), esto quiere decir que existe una sección dentro del DSM-5 que incluye rasgos y características depresivos que no cumplen los criterios de los trastornos mencionados. (American Psychiatric Association, 2014).

Los síntomas para el trastorno depresivo variarán tanto en su complejidad como en cada persona. Por lo general, los síntomas que afectan el estado de ánimo se verán reflejados en comportamientos irritables y deprimidos. Adicionalmente los pacientes pueden presentar

síntomas cognitivos y físicos, lo cual genera una ausencia de energía y motivación para realizar sus actividades rutinarias (McHugh, 2019).

Las estadísticas mundiales sobre el trastorno depresivo se encuentran especificadas dentro de la sección afectados por el problema. Adicionalmente se han hallado estadísticas relevantes dentro de la población estadounidense y ecuatoriana.

En Estados Unidos se ha registrado un 18,5% de la población de adultos que han padecido del trastorno depresivo. Entre los 18 y 24 años, el porcentaje alcanza el 21,5% y finalmente para los adultos de la tercera edad se registró un 14,2%. Se observa un porcentaje más elevado dentro de la población femenina con un total de 24%, dejando a la población masculina con un total de 13.3% (Lee et al., 2023).

En el contexto ecuatoriano las cifras registradas por el Ministerio De Salud Pública indican que para el año 2015 la población femenina ha registrado un total de 36.631 casos de depresión, y para el género masculino se registró un total de 13,748 casos (Ministerio De Salud Pública, 2015).

El origen del trastorno depresivo incluye alteraciones dentro de los factores biológicos, psicológicos y sociales. Adicionalmente, también se incluyen causas neurológicas que afectan el funcionamiento cerebral de la persona como accidentes cerebrovasculares, epilepsia o enfermedades como el Parkinson y el Alzheimer. También existen alteraciones metabólicas, exceso de sustancias, deficiencias nutricionales entre otras (Bains y Abdijadid, 2023). Dentro de las causas de la depresión se han encontrado ciertos genotipos, que varían en todos los seres humanos y que estaría en relación con la región (polimorfismo) del gen transportador de serotonina (5-HTTLPR), ocasionando que los pacientes estén más propensos a padecer del trastorno depresivo (Beck et al., 2009).

Las posibilidades de obtener un buen resultado para el tratamiento variarán dependiendo si el caso se considera leve o grave. Dentro de un artículo escrito por William Coryell se menciona que para los casos leves el tratamiento consistiría en apoyo general para el paciente junto con la psicoterapia. Sin embargo, para los casos más agudos se necesitará la implementación de medicamentos junto con la psicoterapia o ambos (Coryell, 2023).

La intervención más eficaz para abordar el trastorno depresivo consiste en la terapia cognitiva conductual (TCC). Esta terapia tiene como objetivo en profundizar los pensamientos negativos e ir encontrando la razón por la cual la persona le da una mayor importancia. De tal forma la persona logra obtener un control de sus propios pensamientos, actitudes y expectativas (NIH, 2020).

Otros Síntomas Emocionales Importantes

En la Guía de intervención humanitaria mhGAP, existe un módulo en donde se describen otros síntomas emocionales importantes y se refiere a molestias corporales sin causa física y también a cambios en el estado de ánimo pero que no cumplen con el criterio de los trastornos previamente tratados en la guía (Guía de Intervención mhGAP, 2017). En resumen, es importante ampliar la perspectiva sobre los trastornos mentales durante crisis humanitarias, yendo más allá de los casos específicos mencionados.

Debe reconocerse que la complejidad de las circunstancias puede impactar en el bienestar psicológico de las personas de maneras diversas. La intersección entre las tensiones extremas de una crisis y la vulnerabilidad psicológica puede manifestarse de forma única en cada persona y por ello es que existen otros síntomas emocionales importantes que pueden ser síntomas de somatización debido al estrés que puede causar una crisis humanitaria o por las circunstancias individuales de cada persona (Herskovic, 2020). Por ende, al abordar la

salud mental en situaciones de crisis, se hace necesario adoptar un enfoque integral que considere la diversidad de experiencias y desafíos que enfrenta la comunidad.

FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL PROBLEMA

Bajo presupuesto dedicado a salud mental

En Latinoamérica hay una brecha económica importante y se evidencia que a pesar de que la salud mental es un derecho, por su costo es un privilegio al que miles de personas no pueden acceder (Martínez, 2019). Existen barreras como la falta de seguro médico, el estigma social, la poca cantidad de especialistas de la salud mental con relación a la población que necesita ayuda y la distribución geográfica en la que se encuentran (Mongelli, et al; 2020).

La proporción global del gasto destinado a servicios de salud mental con respecto al gasto total en salud se sitúa en un 2,8% como mediana. En naciones de ingresos bajos, alrededor del 0,5% del presupuesto de salud se asigna a servicios de salud mental, mientras que, en países de ingresos altos, esta cifra alcanza el 5,1%. Estas estadísticas son aplicables a la región de las Américas de igual forma (Pan American Health Organization, s.f).

El alto costo relacionado a los servicios de salud mental privados imposibilita a muchas personas acceder a un tratamiento. En su gran mayoría las terapias tienen altos valores que asociados a la poca cobertura que un seguro de salud les otorga amplían significativamente esta brecha. La población que experimenta dificultades económicas enfrenta impedimentos adicionales al acceso de servicios relacionados a su salud mental ya que en la mayoría de los casos deben decidir entre acceder al servicio o cubrir sus necesidades básicas lo que además crea desigualdades en la atención (Andrade et al., 2014).

Desinformación y estigma

La innegable falta de educación sobre la salud mental genera un escaso conocimiento que alimenta la brecha de atención. La población por lo general no está al tanto de la sintomatología de trastornos mentales, lo que entorpece una búsqueda de ayuda relacionada a la identificación temprana del problema. La educación a la comunidad es de suma importancia para reducir esta brecha fomentando una comprensión sobre el papel fundamental de la salud mental en la calidad de vida humana (Niemeyer, 2019). A esta problemática se le suma el estigma asociado a la salud mental que aún es persistente en las sociedades a nivel mundial (Campo et al., 2014).

Los países de bajos y medios ingresos (como es la situación del Ecuador) representan un 80% de la carga en enfermedades mentales que sumados factores como el estigma asociado a la salud mental retrasa significativamente la búsqueda de ayuda y tratamientos óptimos para tratar la condiciones (Javed et al., 2021). El miedo a ser etiquetados o sancionado y marginado en su sociedad limita a la persona a buscar ayuda cuando atraviesan deterioros en su salud mental o se encuentra afectado por un abuso de sustancias e incluso cuando se encuentra experimentando un malestar psicológico mayor.

La resistencia a buscar ayuda significa que los problemas que atraviesa la persona podrían empeorarse y el abuso de sustancias prolongarse y agravarse (Bharadwaj et al., 2017). Además, las barreras culturales y la falta de comprensión sobre la salud mental en diversas comunidades también contribuyen a la resistencia para acceder a servicios especializados de atención (Sickel et al, 2014).

ESTRATEGIAS APLICADAS PREVIAMENTE

Para fortalecer la oferta de servicios de salud mental y disminuir la brecha, dentro del Ecuador se intentó implementar un modelo de salud mental conocido como el Modelo de Atención Integral de Salud Familiar, Colectivo e Intercultural (MAIS-FCI). El objetivo de

este modelo es reconocer que la salud mental también dependerá de las condiciones de vida y de factores biológicos, asimismo se reconocerá el funcionamiento de las familias, de las organizaciones sociales y de los usuarios. Lamentablemente no se logró obtener los resultados esperados debido a la falta de recursos y educación que le hace falta al área de salud mental dentro del Ecuador (Baena, 2018).

La salud mental es una preocupación para los gobiernos a nivel mundial lo que significa que varios países se encuentren trabajando y reforzando sus programas de atención para brindar servicios de calidad accesibles a sus ciudadanos. México ha desarrollado un plan nacional en salud mental donde el enfoque busca el fortalecimiento de los servicios que se les proporcionan a las comunidades locales en cuanto a las problemáticas que representa la salud mental. El programa pone especial énfasis en la prevención del suicidio, la capacitación continua de sus profesionales de salud mental comunitaria y la reducción del estigma asociado a los trastornos mentales. México trabaja constantemente con relación al estigma, ya que en su sociedad este representa un gran impedimento para buscar atención en temáticas relacionadas a la salud mental (Madrigal de león, 2016).

En la misma línea, Australia es uno de los países con mayor énfasis en la promoción de salud mental trabajando activamente desde 1992 en la creación de programas que aporten a la salud mental a nivel local. En el 2012 se lanza el programa de declaración de derechos y responsabilidades en salud mental, una iniciativa que tiene como fundamento la prevención integral del suicidio, atención a sus pueblos aborígenes, y el fortalecimiento en atención a enfermedades mentales mediante capacitación constante a su personal de primera línea. Australia invierte alrededor de dos millones de dólares anuales desde la creación de su programa con el fin de proporcionar equipamiento a hospitales que puedan establecer unidades de atención psiquiátrica para internamientos y atención de emergencia ambulatoria (Observatorio Asia Pacífico, 2018).

Finalmente, en los Estados Unidos se implementó el programa de integración en atención primaria y salud mental (PC-MHI) dentro del sistema de salud del departamento de asuntos de los veteranos (VA). El objetivo del programa es obtener mejores resultados al momento de acceder al área de salud mental y brindar un tratamiento efectivo dentro de la atención primaria para los pacientes ambulatorios (Lawrence et al., 2012).

PROPUESTA

Como parte de nuestro trabajo colaboramos estrechamente con las siguientes organizaciones: Hebrew Immigrant Aid Society (HIAS Ecuador), la Organización Panamericana de la Salud y el Municipio del Distrito Metropolitano de Quito para llevar a cabo sesiones informativas y talleres prácticos dirigidos a 200 profesionales de la salud (médicos, psicólogos y enfermeros) pertenecientes al grupo de profesionales del Municipio de Quito. Durante las sesiones y talleres se implementaron metodologías dinámicas y se expusieron conceptos teóricos para reforzar los conocimientos adquiridos por parte del personal durante su acreditación del curso mhGAP.

Objetivos

Objetivo general.

Concientizar y sensibilizar al personal de salud del DMQ acerca de los principales problemas que afectan la salud mental de la comunidad, gracias a una capacitación que refuerce el conocimiento obtenido a través del programa mhGAP.

Objetivos específicos.

- Brindar soporte en los tres días de ejecución de los talleres.
- Diseñar actividades dinámicas que apoyen al contenido teórico impartido en los talleres por los profesionales de la OPS y HIAS.

- Recolectar las respuestas de los participantes y tabular el nivel de satisfacción obtenido, con el objetivo de identificar puntos de mejora y sugerencias necesarias para perfeccionar el proceso de los talleres.

PRODUCTOS Y ACTIVIDADES

En colaboración con las organizaciones mencionadas se realizaron tres talleres en los cuales los estudiantes brindamos apoyo, especialmente en el diseño y ejecución de experiencias que facilitarían el aprendizaje, dinámicas de activación conductual y apoyo logístico.

El primer taller fue llevado a cabo en línea mediante la plataforma Zoom, en este taller se buscaba dar información al grupo sobre el programa de capacitación, motivar a los participantes a aprobar el curso mhGAP en la plataforma de la OPS y generar conexión entre los participantes y los facilitadores. En esta primera sesión, los estudiantes realizamos una actividad rompehielos para mantener la participación. La instrucción consistió en prender las cámaras mediante enunciados como, por ejemplo: “Prendan las cámaras los médicos”.

Para los dos talleres presenciales, diseñamos las dinámicas de participación, integración y concientización en cuanto a los temas abordados en el curso mhGAP; estos talleres se llevaron a cabo en el hotel Hilton Colón y en el Swissotel Quito. En el primer taller presencial abordamos los principios generales de atención, derechos humanos, depresión y consumo. En este evento realizamos dinámicas de activación conductual para que los participantes puedan mover su cuerpo y mantener la atención en el taller.

Las actividades realizadas fueron:

1. Los derechos son inalienables
2. Interiorización de aprendizaje en papelotes
3. Tarjetas interactivas

4. Activación conductual “Pasa el pañuelo”
5. Role Play
6. Línea de tiempo
7. Actividad “Silueta con prejuicios e imaginarios sociales sobre consumidores”

En la última actividad se dividió en cinco grupos a la sala y la instrucción fue que debían dibujar la silueta de un consumidor con características físicas y frases que a su criterio describen a las personas que consumen alcohol y drogas. Después, debían reflexionar sobre lo que escribieron y compartirlo con el salón.

El tercer día abordamos nuevamente los principios generales de atención, se retomó la parte teórica de consumo y se abordó el tema de psicosis y suicidio. Nuevamente realizamos ejercicios de activación conductual y energizantes. Las actividades designadas para el último día fueron:

1. Tarjetas de interiorización de conocimientos
2. Línea de tiempo
3. Role play
4. Interiorización de aprendizaje en papelotes
5. Tarjetas interactivas
6. Actividad movilizadora “Etiquetas”
7. Dinámica energizante “estatuas”
8. Análisis de casos y tarjetas interactivas
9. Actividad movilizadora “Si, No o No sé”.
10. Tarjetas interactivas
11. *Mentimeter* con un QR (reflexiones, comentarios y aprendizajes sobre los dos días de la jornada presencial).

En la actividad movilizadora “Etiquetas” los participantes tuvieron en la espalda etiquetas con frases como “persona en condición de calle con olor a alcohol”, “mujer migrante que se encuentra confundida y violenta”, etc. Se pidió a los y las participantes que caminen por la sala, ninguna de las personas pudo observar qué etiqueta tenía colgada. Los participantes debían reaccionar con un gesto, con un movimiento corporal o escribiendo el primer pensamiento automático en un post it en base a la etiqueta que ven en cada persona, sin decirles qué perfil tiene el otro, luego se reflexionó sobre los imaginarios sociales de la psicosis.

En el **Anexo 1** se detalla el cronograma de las sesiones de capacitación.

EVALUACIÓN DE RESULTADOS

Al culminar con el refuerzo teórico y las actividades de reflexión proporcionadas durante los tres días de capacitación se procedió a aplicar una encuesta donde se pretendía medir el nivel de satisfacción adquirida con el programa. Se expuso a los 200 participantes a 6 preguntas que se detallan a continuación:

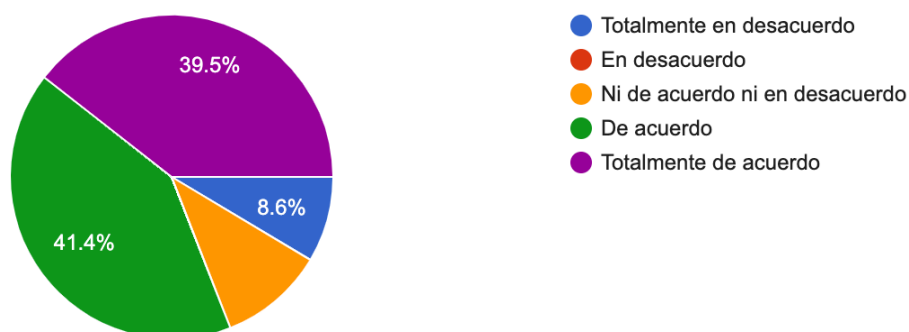
1. ¿Qué tan satisfecho se sintió con los dos días de taller?
2. ¿La presentación del material fue comprensible?
3. ¿Considera que podrá aplicar el contenido del taller en su práctica profesional?
4. ¿Las dinámicas y ejercicios aportaron positivamente en el desarrollo del taller?
5. ¿Los recursos proporcionados durante el taller fueron útiles y aplicables?
6. Pregunta abierta para ofrecer comentarios y/o recomendaciones.

Se obtuvieron 152 respuestas a la encuesta solicitada cuyos resultados se examinan a continuación:

Pregunta 1: ¿Qué tan satisfecho se sintió con los dos días de taller?

Como se muestra en la figura 1, el 39,5% de los participantes mostró sentirse totalmente de acuerdo con la satisfacción obtenida en los días de capacitación. El 41,4% se sintió de acuerdo seguido por el 10,5% que se mostró neutral y el 8,6% que manifestó no sentirse satisfecho.

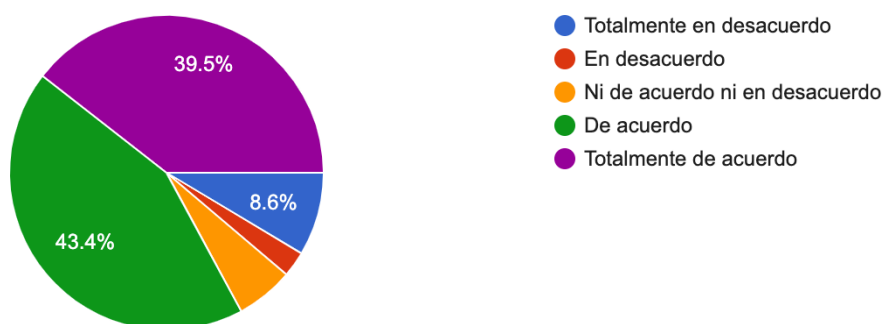
Figura 1.



Pregunta 2: La presentación del material fue comprensible

El 82,9% de los participantes se mostraron entre completamente de acuerdo y de acuerdo con esta aseveración logrando comprender el material satisfactoriamente el material. El 5,9% se mostró neutral y el 8,6% de ellos no logró comprender el material.

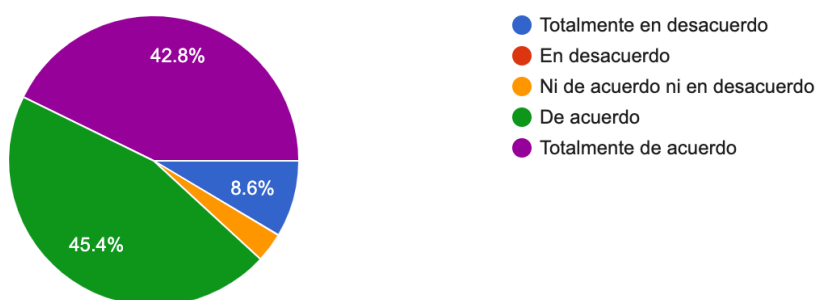
Figura 2.



Pregunta 3: Considera que podrá aplicar el contenido del taller en su práctica profesional

Como se observa en la figura 3 el 88,2% de los participantes considera que podrá aplicar el contenido de los talleres en sus prácticas profesionales. El 3.3% se muestra neutral a la idea y el 8,6% considera que no podrá aplicar ningún contenido del taller en su práctica.

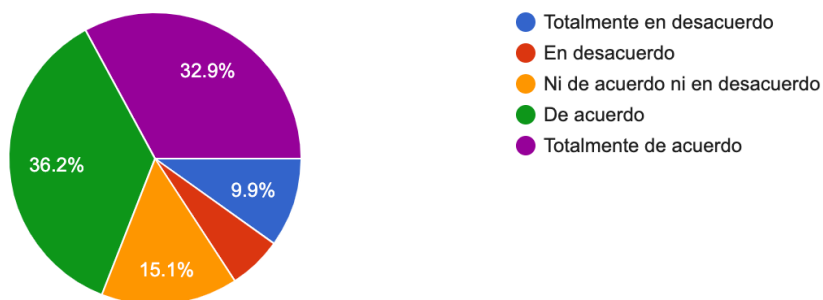
Figura 3.



Pregunta 4: Las dinámicas y ejercicios aportaron positivamente en el desarrollo del taller

En cuanto al pensamiento de los participantes en referencia al impacto positivo de las actividades proporcionadas el 65,1% de ellos muestra recibir impacto positivo. El 15.1% se muestra neutral seguido de un 15,8% que no recibe impacto positivo de las dinámicas y ejercicios.

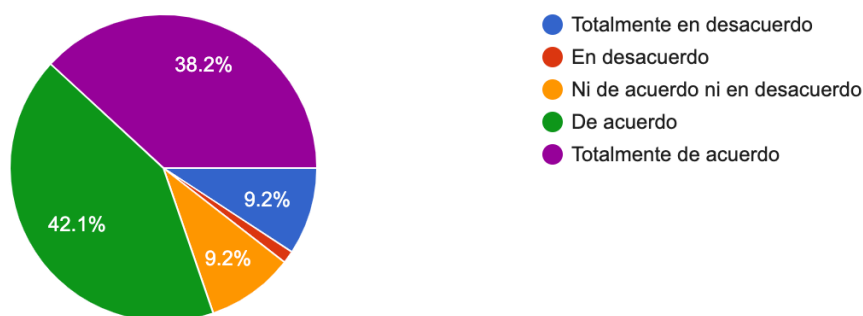
Figura 4.



Pregunta 5: Los recursos proporcionados durante el taller fueron útiles y aplicables

Al observar la figura 5 podemos ver que el 80,3% de los participantes refleja sentir que los recursos recibidos en el taller fueron útiles aplicables. El 9.2% se muestra neutral y el otro 9.2% no se siente satisfecho con los recursos recibidos.

Figura 5.



Pregunta 6: Pregunta abierta para ofrecer comentarios y/o recomendaciones.

A continuación, se muestra una captura a la tabla de mensajes obtenidos de los participantes con comentarios y recomendaciones que pudieron proporcionar al taller. Varios de los comentarios solicitan la continuidad de los talleres ya que han dejado en ellos impactos positivos y refuerzo en su conocimiento que podrán aplicarse a sus prácticas. Adicionalmente varios participantes solicitaron dinamizar el curso e incluir pausas activas, actividades lúdicas y dinámicas de activación conductual que aporten al taller y amortigüen el tiempo teórico.

Figura 6.

FELICITACIONES FUE UN CURSO MUY PARTICIPATIVO Y BENEFICIOSO PARA PODER DESARROLLARME PROFESIONALMENTE
Realizar casos dinamicos presenciales
Ninguna
LOS DIAS DE TALLERES FUERON PRODUCTIVOS Y MIY PARTICIPATIVOS, SE PUDO ADQUIRIR Y REDORZAR LOS CONOCIMIENTOS
Bien

Realizar mas talleres

Implementar mejor estrategia del taller

Felicidades, espero que tengamos capacitaciones continuas

De puede realizar actividades más dinámicas y activas para evitar el cansancio de los participantes

Poner más casos de lo cotidiano y trabajar con diferentes grupos (psicólogos, médicos y enfermeros) para que se de un trabajo multidisciplinar y exista un aporte de las diferentes áreas. Importante que los grupos no sean tan grandes porque se dispersa la gente.

Que haya dinámicas lúdicas

Más dinámicas participativas

CONTINUAR CON CAPACITACIONES

Grupos más pequeños

Capacitaciones con menor cantidad de personas

Los médicos valorañ lo órganico funcional

Pausas activas para evitar que haya falta de atención

PLAN DE IMPLEMENTACIÓN

A partir de la tabulación realizada de los resultados de las evaluaciones, obtuvimos algunas sugerencias de parte de los participantes de los talleres presenciales. En algunos casos se repetía la sugerencia de que el taller debería ser más dinámico, ya que, aunque trabajamos justamente para intentar que el taller sea dinámico, se convirtió en un desafío al ser un grupo tan grande.

Como sugerencia de parte de los estudiantes de la USFQ consideramos importante que los próximos grupos que necesiten ser capacitados, sean conformados por menos personas. Por otro lado, es necesario que en los próximos talleres se fomente la participación activa de todos los asistentes y no únicamente mediante las actividades de integración, sino

también buscar la forma de llevar los conocimientos y experiencias de los participantes para evitar una desconexión del público.

También sugerimos que el espacio sea más apropiado para el aprendizaje, para ello es importante la ventilación e iluminación. En las dos salas esto variaba dependiendo de la temperatura que los moderadores deseaban, sin embargo, esto causa un gran impacto a la hora de que las personas presten atención. Por otro lado, únicamente en el Hotel Hilton Colón los participantes estuvieron sentados alrededor de una mesa, mientras que en el Swissotel no ocurrió esto y puede ser más difícil tomar apuntes de esta forma.

Consideramos importante que exista acceso a supervisión con personal de salud ya entrenado y que los participantes puedan acceder a procesos de seguimiento en los casos más graves. También es importante seguir capacitando al mismo grupo periódicamente para reforzar los conocimientos en caso de que se requiera, tratando otros trastornos de la Guía de Intervención mhGAP.

CONCLUSIONES FINALES

Con este trabajo se ha pretendido explorar las dificultades de la salud mental en la comunidad y en situaciones de crisis humanitarias donde la brecha de atención impide atender las necesidades de las personas con relación a su salud mental. Es por ello por lo que el programa mhGAP se considera como una herramienta fundamental para que el personal de salud pública esté capacitado, tanto para crisis humanitarias, como para la atención continua en países como el Ecuador donde la salud mental es un privilegio.

Es esencial fomentar la conciencia y fortalecer el sistema de atención para combatir las brechas en salud mental a las que nos enfrentamos como sociedad. Debemos entender que

la salud mental no debería ser un privilegio si no un derecho necesario para el bienestar integral del ser humano. Al unir las herramientas disponibles y trabajar con compromiso ético y social se pueden dar pasos importantes que nos permitan desterrar los estigmas y mejorar el acceso a los recursos para nuestra comunidad, forjando así un futuro donde la salud mental sea finalmente un derecho protegido, accesible y respetado.

El acceso limitado a los servicios relacionados con la salud mental que todavía tienen muchas personas en el mundo representa una problemática que afecta a la comunidad. Superar la brecha de atención requiere enfoques que abordan de manera integral el estigma que aún se relaciona con la salud mental, así como el acceso financiero a estos servicios y la necesidad de educar a la comunidad. Es sumamente importante reconocer a la salud mental con la misma importancia que a la salud física, si se trabaja para atender esta necesidad no solo mejorará el bienestar integral del ser humano, sino que a la par trabajaremos en sociedades más saludables y con acceso equitativo a estos servicios. La salud mental no debe ser vista como un privilegio, sino como un derecho fundamental en la vida de todos.

ANEXOS

Anexo A: Cronograma sesiones de capacitación



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





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.	Marisol Rulova Secretaria de Salud Mental del distrito metropolitano de Quito
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



Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.

			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.
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



Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.

11h30 a 11h40	Dinámica de activación conductual	Mediante una dinámica se busca promover la interacción grupal. Emilio y Tabata 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		
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 a 15h15	Explicación sobre el seguimiento presente en plan	Se aborda información sobre los seguimientos periódicos y la importancia de la vigilancia de la respuesta de antidepresivos/	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito.



Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.

	de manejo básico y cierre del primer día.	Estabilizadores del estado de ánimo para trastorno bipolar. Luego se genera el cierre retroalimentando con la herramienta de la línea de tiempo.	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
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



Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.

DÍA 2

21 de noviembre del 2023

Hora:	Sesión/ Actividad	Descripción general	Facilitador/a/s
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	<p>Palabras para abrir el segundo día de la jornada.</p> <p>Revisión de 1er día de jornada a través de preguntas exploratorias a 3-4 participantes de ambas salas.</p> <p>Pregunta 1: principios básicos</p> <p>Pregunta 2: DEP.</p> <p>Pregunta 3 y 4: Consumo de alcohol y sustancias</p>	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>https://www.youtube.com/watch?v=d8_ptV8T86A</p>	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito



Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.

		Responsable de esta actividad: Diana/Cindy Pelotas para el juego Cortar el video antes de la mención a AA y NA Materiales: <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	<ul style="list-style-type: none"> - Antes de abordar principios generales nuevos, se realiza un ejercicio para recordar los tres anteriores a través de una actividad de activación conductual. *Principios de la reducción del estrés y del fortalecimiento del apoyo social *Principios de protección de los derechos humanos *Principios de la atención al bienestar general 	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
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. 	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
9h45 a 10h15	MODULO 3 PSICOSIS Actividad movilizadora	Actividad movilizadora "Interacción mediante etiquetas colocadas en la espalda con diferentes perfiles, algunas etiquetas se pueden repetir"	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2



Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.

		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" 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 Luego se reflexionará sobre los imaginarios sociales sobre la locura.	HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
10h15 10h30		Receso	
10h30 a 11h00	Aproximación hacia la Psicosis	-Conceptualización -Manifestaciones típicas de la posible psicosis. -Evaluación	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito
11h00 a 11h10	Dinámica energizante Para cuando suena la música (estatuas) parlante o sistema de sonido. Diana/Paula		
11h10 11h40	Presentación de material audiovisual	Presentación de video para promover la identificación de elementos de la evaluación de psicosis	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. 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.	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito



Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.

		Responsable: EQUIPO USFQ	
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	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 -Motivos de consulta característicos en personas que presentan riesgo de suicidio o autolesión. -Evaluación	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. 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	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 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.	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 HIAS ECUADOR Soporte San Francisco de Quito



Acoger al extranjero.
Proteger al refugiado.

		Responsable de la actividad	
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...	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.	GRUPO 1 OPS Soporte San Francisco de Quito. GRUPO 2 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

REFERENCIAS

- Ahumada, P. (2020). Efectos del aislamiento social y la cuarentena sobre el bienestar subjetivo de los chilenos durante el brote de COVID-19. <https://preprints.scielo.org/index.php/scielo/preprint/view/368>
- American Psychiatric Association. (2023). *What Is Depression?* Psychiatry.org. <https://www.psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression>
- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales.
- American Psychiatric Association. (2019). Suicide warning signs. <https://www.apa.org/topics/suicide/signs>
- Andrade, L. H., Alonso, J., Mneimneh, Z., Wells, J. E., Al-Hamzawi, A., Borges, G., & Kessler, R. C. (2014). Barriers to mental health treatment: results from the WHO World Mental Health surveys. *Psychological medicine*, 44(6), 1303-1317.
- Bains, N., Abdijadid, S. (2023). *Major Depressive Disorder*. Nih.gov; StatPearls Publishing. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK559078/>
- Beck, A. T., Alford, B. A. (2009). *Depression: Causes and treatment*. University of Pennsylvania Press. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=Ntw8AwAAQBAJ&oi=fnd&pg=PR17&dq=causes+of+depressive+disorder&ots=I23DzweTBL&sig=Gh5IYgdjtvDnZoSMpezV5kazXEQ#v=onepage&q&f=false>
- Bharadwaj, P., Pai, M. M., Suziedelyte, A. (2017). Mental health stigma. *Economics Letters*, 159, 57-60. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0165176517302550>
- Bernert, R. A., Hom, M. A., Iwata, N. G., & Joiner, T. E. (2017). Objectively Assessed Sleep Variability as an Acute Warning Sign of Suicidal Ideation in a Longitudinal Evaluation of Young Adults at High Suicide Risk. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 78(06), e678–e687. <https://doi.org/10.4088/jcp.16m11193>
- Bueno-Notivol, J., Gracia-García, P., Olaya, B., Lasheras, I., Raúl López-Antón, & Santabárbara, J. (2021). Prevalence of depression during the COVID-19 outbreak: A meta-analysis of community-based studies. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 21(1), 100196–100196. <https://doi.org/10.1016/j.ijchp.2020.07.007>
- Campo-Arias, A., Oviedo, H. C., & Herazo, E. (2014). Estigma: barrera de acceso a servicios en salud mental. *Revista colombiana de psiquiatría*, 43(3), 162-167., ISO 690. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0034745014000572>

- CERES. (2023). Word Vision lanza encuesta “Tu Voz, Tus Derechos”, Salud mental en niños, y adolescentes en Ecuador. *CERES*. <https://www.redceres.com/post/word-vision-lanza-encuesta-tu-voz-tus-derechos-salud-mental-en-ninos-y-adolescentes-en-ecuador>
- Coryell, W. (2023). Depressive Disorders. *MSD Manual Professional Edition*. <https://www.msmanuals.com/professional/psychiatric-disorders/mood-disorders/depressive-disorders>
- Diamond, G., Diamond, G. M., & Levy, S. (2021). Attachment-based family therapy: Theory, clinical model, outcomes, and process research. *Journal of Affective Disorders*, 294, 286–295. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2021.07.005>
- Étienne, C. F. (2018). Salud mental como componente de la salud universal. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42, e140. <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2018.v42/e140/es/>
- Elia, J. (2023). Trastornos de estrés agudo y postraumático en niños y adolescentes. *Nemours/A.I. duPont Hospital for Children*. <https://www.msmanuals.com/es-ec/hogar/salud-infantil/trastornos-de-la-salud-mental-en-ninos-y-adolescentes/trastornos-de-estr-es-agudo-y-postraumatico-en-ninos-y-adolescentes>
- Frąckowiak-sochańska, M. (2020). Mental Health in the Pandemic Times. *Society Register* 4 (3) pp 67-78. Obtenido de: <https://pressto.amu.edu.pl/index.php/sr/article/view/22536/21416>
- Gálvez, D., Martínez, A., Martínez, F., Eléctrica, D. I. (2015). Estrés. *Contactos*, 97(1), 50-54. <http://www2.izt.uam.mx/newpage/contactos/revista/97/pdfs/estres.pdf>
- Girault, N., & Dutemple, M. (2020). Duelo normal y patológico. *EMC-Tratado de Medicina*, 24(2), 1-9. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1636541020437894>
- Gómez Rodríguez, J. (2019). Duelo patológico: detección, prevención, tratamiento e intervención enfermera: revisión bibliográfica. <https://ruc.udc.es/dspace/handle/2183/25378>
- Gobierno Autónomo Descentralizado del Distrito Metropolitano de Quito. (2016). Municipio del Distrito Metropolitano de Quito. <https://www.gob.ec/gaddmq>
- Guía de Intervención mhGAP para trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. (2017). *OPS*. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/250239>
- Guthold, R., Carvajal, L., Adebayo, E., Azzopardi, P., Baltag, V., Saeed Dastgiri, Dua, T., Fagan, L., B. Jane Ferguson, Inchley, J., Mekuria, M. L., Moller, A.-B., Chiara Servili, & Requejo, J. (2023). The Importance of Mental Health Measurement to

- Improve Global Adolescent Health. *Journal of Adolescent Health*, 72(1), S3–S6. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2021.03.030>
- Hernández, J. (2020). Impacto de la COVID-19 sobre la salud mental de las personas. *Medicentro Electrónica*, 24(3), 578-594. http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S1029-30432020000300578&script=sci_arttext
- Herskovic, V. (2020). Somatización, ansiedad y depresión en niños y adolescentes. *Revista Médica Clínica Las Condes* (pp 183-187). <https://doi.org/10.1016/j.rmclc.2020.01.006>
- HIAS Org. (s.f). Quienes somos. <https://www.hias.org.ec/>
- Infocop. (2023). Brecha necesidad de atención en salud mental y el acceso a ella. *Infocop*. <https://www.infocop.es/sigue-existiendo-una-brecha-considerable-entre-la-necesidad-de-atencion-psicologica-y-el-acceso-a-la-misma-segun-la-oms/?cn-reloaded=1>
- Institute for Quality and Efficiency in Health Care. (2020). Treatments for depression. *National Library of Medicine*. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK279282/>
- Jarero, I. (2013). Comentarios sobre el Trastorno por Estrés Agudo. DSM-5. *Revista Iberoamericana de Psicotraumatología y Disociación*, 5(1), 1-7. https://www.researchgate.net/profile/Ignacio-Nacho-Jarero/publication/281821320_Comentarios_Sobre_el_Trastorno_por_Estres_Agudo_del_DSM-5/links/55f97eb108ae07629debf764/Comentarios-Sobre-el-Trastorno-por-Estres-Agudo-del-DSM-5.pdf
- Javed, A., Lee, C., Zakaria, H., Buenaventura, R. D., Cetkovich-Bakmas, M., Duailibi, K., & Azeem, M. W. (2021). Reducing the stigma of mental health disorders with a focus on low-and middle-income countries. *Asian journal of psychiatry*, 58, 102601.
- Johnson-Lawrence, V., Zivin, K., Szymanski, B. R., Pfeiffer, P., & McCarthy, J. F. (2012). VA Primary Care–Mental Health Integration: Patient Characteristics and Receipt of Mental Health Services, 2008–2010. *Psychiatric Services*, 63(11), 1137–1141. <https://doi.org/10.1176/appi.ps.201100365>
- Klonsky, E.D., Dixon Luinenburg, T., & May, A. M. (2021). The critical distinction between suicidal ideation and suicide attempts. *World Psychiatry*, 20(3), 439–441. <https://doi.org/10.1002/wps.20909>
- Kohn, R. (2013). La brecha terapéutica en la Región de las Américas. *Informe para la Organización Panamericana de la Salud*. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&view=download&category_slug=documentos-nivel-regional-7363&alias=23177-brecha-tratamiento-americas-177&Itemid=270&lang=es#:~:text=La%20brecha%20de%20tratamiento%20es,tratamiento%20y%20no%20lo%20reciben
- Lee, B., Wang, Y., Carlson, S. A., Greenlund, K. J., Lu, H., Liu, Y., Croft, J. B., Eke, P. I., Town, M., & Thomas, C. C. (2023). National, State-Level, and County-Level Prevalence Estimates of Adults Aged ≥18 Years Self-Reporting a Lifetime Diagnosis of Depression — United States, 2020. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 72(24), 644–650. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm7224a1>

- Madrigal de León, E. Á. (2016). Fortalecimiento de la salud mental en México: recomendaciones para una psiquiatría comunitaria. *Scientific Electronic Library Online*, 39(4), 235-237. <https://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0185-33252016000400235>
- Marback, R., Pelisoli, C. (2014). Cognitive-behavioral therapy in the management of hopelessness and suicidal thoughts. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 10(2). <https://doi.org/10.5935/1808-5687.20140018>
- Martínez, D. L. M., & Velázquez, R. A. (2018). Duelo complicado. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 21(2), 621-638. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=81585>
- Martínez, R. (2019). Salud mental: Derecho o privilegio de los mexicanos. *Revistas UJAT*, 6(13), 20-41. <https://revistas.ujat.mx/index.php/perfiles/article/view/3360/2504>
- McHugh, R. (2019). Alcohol Use Disorder and Depressive Disorders. *Alcohol Research*, 40(1). <https://doi.org/10.35946/arcr.v40.1.01>
- Melgosa, J. (2017). Preservando la salud mental. *Apuntes Universitarios*, 7(2), 84-89. <https://apuntesuniversitarios.upeu.edu.pe/index.php/revapuntes/article/view/198>
- Mendes, F., Silva, J., Santos J., Eliete S., Leal, L., Weymar M., Alt, R., Caputo, E., & Feter. N. (2022). Prevalence of anxiety during the COVID-19 pandemic: A systematic review and meta-analysis of over 2 million people. *Journal of Affective Disorders*, 318, 272–282. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2022.09.003>
- Mewton, L., Andrews, G. (2016) Cognitive behavioral therapy for suicidal behaviors: improving patient outcomes, *Psychology Research and Behavior Management*, 9:, 21-29, DOI: [10.2147/PRBM.S84589](https://doi.org/10.2147/PRBM.S84589)
- Ministerio de Salud Pública. (2015). Depresión: Hablemos. <https://www.salud.gob.ec/este-7-de-abril-se-celebra-el-dia-mundial-de-la-salud-con-el-tema-depresion-hablemos/>
- Mongelli, F., Georgakopoulos, P., Pato, M. (2020). Challenges and Opportunities to Meet the Mental Health Needs of Underserved and Disenfranchised Populations in the United States. *Focus*. <https://doi.org/10.1176/appi.focus.20190028>
- Monroy MDL., Amador VR. (2018) Duelo complicado. *Rev Elec Psic Izt*. 21(2):621-638.
- Morales-Brown, L. (2020). What does it mean to be at risk of suicide? *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/suicidal-tendencies>
- Ministerio de Salud Pública. (2023). MSP fortalece la Salud Mental Comunitaria e implementa estrategias para prevención del suicidio. <https://www.salud.gob.ec/msp-fortalece-la-salud-mental-comunitaria-e-implementa-estrategias-para-prevencion-del-suicidio/>
- Niemeyer, H., Bieda, A., Michalak, J., Schneider, S., & Margraf, J. (2019). Education and mental health: Do psychosocial resources matter?. *SSM-population health*, 7, 100392. <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2352827318302453>

- Observatorio Asia Pacífico. (2018). Estrategia Nacional de Salud Mental en Australia. Recuperado de <https://www.bcn.cl/observatorio/asiapacifico/noticias/estrategia-nacional-salud-mental-australia>
- Organización Mundial de la Salud. (2018). Boletín Desastres N.131.- Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población. *PAHO*. [https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion#:~:text=Aproximadamente%20la%20mitad%20de%20los,y%20con%20insomnio%20\(59%25\)](https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion#:~:text=Aproximadamente%20la%20mitad%20de%20los,y%20con%20insomnio%20(59%25))
- Organización Mundial de la Salud. (2020). COVID-19 disrupting mental health services in most countries. *WHO survey*. https://friends-project.eu/media/who_int_news_item_05_10_2020_covid_19_disrupting_mental_health_services_in_most_countries_who_survey.pdf
- Organización Mundial de la Salud. (2015). A nivel mundial, el personal sanitario y los fondos destinados a la salud mental siguen siendo escasos. <https://www.who.int/es/news/item/14-07-2015-global-health-workforce-finances-remain-low-for-mental-health>
- Organización Mundial de la Salud. (2022). Salud mental: fortalecer nuestra respuesta. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-health-strengthening-our-response>
- Organización Panamericana de Salud. (s.f). Boletín Desastres N.131.- Impacto de la pandemia COVID-19 en la salud mental de la población. <https://www.paho.org/es/boletin-desastres-n131-impacto-pandemia-covid-19-salud-mental-poblacion>
- Organización Panamericana de la Salud (2018). Organización Panamericana de la Salud. Quienes somos. <https://www.paho.org/es/quienes-somos>
- Organización Panamericana de la salud (2020). No hay salud sin salud mental. *PAHO* <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
- Pan American Health Organization (s.f). Salud Mental. <https://www.paho.org/es/temas/salud-mental>
- Pan American Health Organization. (s.f). mhGAP Programa de acción para superar brechas en salud mental. https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=326:2008-mhgap-programa-accion-superar-brechas-salud-mental&Itemid=0&lang=es#gsc.tab=0
- Pandey, G. N. (2013). Biological basis of suicide and suicidal behavior. *Bipolar Disorders*, 15(5), 524–541. <https://doi.org/10.1111/bdi.12089>
- Quito Informa. (2023). Secretaría de Salud presenta el perfil epidemiológico del suicidio en el Distrito Metropolitano de Quito. Recuperado de <https://www.quitoinforma.gob.ec/2023/09/12/secretaria-de-salud-presenta-el-perfil-epidemiologico-del-suicidio-en-el-distrito-metropolitano-de-quito/>

- Quito Informa. (s.f.). Salud mental. Recuperado de <https://www.quitoinforma.gob.ec/tag/salud-mental/>
- Rodriguez, J., Kohn, R., Aguilar, S. (2009). Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. *OPS*. <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=VpX64YMGAKoC&oi=fnd&pg=PA300&dq=brecha+salud+mental+ecuador&ots=9KW7st916l&sig=fNMzHyfivPA0W0RtB9WKDcPXW2A#v=onepage&q&f=false>
- Sickel, A. E., Seacat, J. D., & Nabors, N. A. (2014). Mental health stigma update: A review of consequences. *Advances in Mental Health*, 12(3), 202-215. <https://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/18374905.2014.11081898>
- Talevi, D., Socci, V., Carai, M., Carnaghi, G., Faleri, S., Trebbi, E., Di Bernardo, E., Capelli, F., Pacitti, F. (2020). Mental Health Outcomes of the Covid-19 Pandemic. *Rivista Di Psichiatria*, 55 (3). <https://www.rivistadipsichiatria.it/archivio/3382/articoli/33569>
- UNICEF (2021). Resumen regional: América latina y el caribe estado mundial de la infancia 2021. <https://www.unicef.org/es/media/108166/file/Resumen-regional-America-Latina-El-Caribe%20.pdf>
- Wainberg, M. L., Scorza, P., Shultz, J. M., Liat Helpman, Mootz, J. J., Johnson, K. A., Neria, Y., Bradford, J.-M. E., Oquendo, M. A., & Arbuckle, M. R. (2017). Challenges and Opportunities in Global Mental Health: a Research-to-Practice Perspective. *Current Psychiatry Reports*, 19(5). <https://doi.org/10.1007/s11920-017-0780-z>
- West, M. (2020). What is suicidal ideation? *Medical News Today*. <https://www.medicalnewstoday.com/articles/193026#causes>
- Worden, J. W., Aparicio, Á., & Barberán, G. S. (2013). *El tratamiento del duelo: asesoramiento psicológico y terapia*. Barcelona: Paidós. <https://www.revistas.unam.mx/index.php/rep/article/view/65293>
- World Health Organization (2016). Suicide. <https://www.emro.who.int/health-topics/suicide/feed/atom.html#:~:text=Suicide%20is%20the%20act%20of%20deliberately%20killing%20oneself>
- World Health Organization (2021). Mental health of adolescents. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
- World Health Organization. (2014). Mental Health Atlas 2014. <https://www.who.int/publications/i/item/mental-health-atlas-2014>
- World Health Organization. (2019). Suicide data. <https://www.who.int/teams/mental-health-and-substance-use/data-research/suicide-data>
- World Health Organization. (2022). Mental Health and COVID-19: Early evidence of the pandemic's impact. <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/352189/WHO-2019-nCoV-Sci-Brief-Mental-health-2022.1-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization. (2023). Depressive disorder (depression). <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/depression>

- Yánes, J. M. (2013). Competencia de los Gobiernos Autónomos Descentralizados. *Revista Iuris*, (14), 78-270-1
https://www.lareferencia.info/vufind/Record/EC_dcad717c35b1764ebc60af64930d7d84
- Yeyati, E. L. (2022). Trastorno por duelo prolongado: un nuevo diagnóstico en el DSM-5TR. *Revista Argentina de Psiquiatría*, 33(156, abr.-jun.), 51-55.
<https://www.revistavertex.com.ar/ojs/index.php/vertex/article/view/179>
- Baena, V. C. (2018). Salud mental comunitaria, atención primaria de salud y universidades promotoras de salud en Ecuador. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 42.
<https://doi.org/10.26633/rpsp.2018.162>