

**Implementación del
Programa de acción mundial para
superar las brechas en salud mental
- mhGAP -
en la Región de las Américas**



Catalogación en la Fuente, Biblioteca Sede de la OPS

Organización Panamericana de la Salud

Implementación del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental - mhGAP- en la Región de las Américas. Washington, D.C. : OPS, 2016.

1. Trastornos Mentales – prevención & control. 2. Salud Mental. 3. Directrices. 4. Políticas Públicas de Salud. 5. Américas. I. Título.

Documento Número OPS/NMH/16-014

(Clasificación NLM: WA 305)

© Organización Panamericana de la Salud 2016

Todos los derechos reservados. Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) están disponibles en su sitio web en (www.paho.org). Las solicitudes de autorización para reproducir o traducir, íntegramente o en parte, alguna de sus publicaciones, deberán dirigirse al Programa de Publicaciones a través de su sitio web (www.paho.org/permissions).

Las publicaciones de la Organización Panamericana de la Salud están acogidas a la protección prevista por las disposiciones sobre reproducción de originales del Protocolo 2 de la Convención Universal sobre Derecho de Autor. Reservados todos los derechos.

Las denominaciones empleadas en esta publicación y la forma en que aparecen presentados los datos que contiene no implican, por parte de la Secretaría de la Organización Panamericana de la Salud, juicio alguno sobre la condición jurídica de países, territorios, ciudades o zonas, o de sus autoridades, ni respecto del trazado de sus fronteras o límites.

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

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

Contenido

Agradecimientos.....	IV
<i>Abreviaturas</i>	V
1. Introducción	1
2. Estudios previos	1
3. Objetivo del informe	3
4. Metodología	3
5. Análisis de resultados.....	4
5.1. Encuesta de país (Anexo I)	4
5.2 Encuesta a los participantes (Anexo II)	6
6. Conclusiones.....	15
7. Recomendaciones	16
8. Bibliografía.....	17
9. ANEXOS.....	18
ANEXO I: ENCUESTA A LOS PAÍSES PARTICIPANTES	18
ANEXO II: ENCUESTA A LOS PROFESIONALES CAPACITADOS	19

Agradecimientos

El presente informe fue elaborado por Víctor Aparicio Basauri, con la coordinación de Dévora Kestel, Jefa de la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS.

Nuestro agradecimiento a Sonia Lech (OPS/OMS) por su apoyo en la formulación de las dos encuestas utilizadas en este trabajo.

También agradecemos a los puntos focales de salud mental de la OPS/OMS en las oficinas de los países participantes y a los programas nacionales de salud mental de los ministerios de salud, sin cuya colaboración este informe no hubiera sido posible.

Abreviaturas

ALC: Trastornos por el uso de alcohol (Guía mhGAP)
APS: Atención Primaria de la Salud
COND: Trastornos de la conducta (Guía mhGAP)
DEM: Demencia (Guía mhGAP)
DEP: Depresión (Guía mhGAP)
DES: Trastornos del desarrollo (Guía mhGAP)
DRO: Trastornos por el uso de drogas (Guía mhGAP)
EPI: Epilepsia (Guía mhGAP)
mhGAP: Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental
OMS: Organización Mundial de la Salud
OPS: Organización Panamericana de la Salud
OTR: Otros síntomas emocionales significativos sin explicación médica (Guía mhGAP)
PGA: Principios generales de la atención de la salud (Guía mhGAP)
PSI: Psicosis (Guía mhGAP)
STR: Estrés (Guía mhGAP)
SUI: Suicidio (Guía mhGAP)
TBP: Trastorno Bipolar (Guía mhGAP)

1. Introducción

El *Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental* (mhGAP)¹ fue lanzado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 2008. En 2010, se lanzó la *Guía de Intervención mhGAP* (GI-mhGAP) (1) y se comenzó a aplicar en cinco países (Etiopía, Jordania, Nigeria, Panamá y Sierra Leona) dentro de un proyecto piloto, bajo la supervisión de la OMS. Panamá lo puso en funcionamiento utilizando la versión española del mhGAP; los otros cuatro países usaron la versión inglesa¹.

En la Región de las Américas, la carga de enfermedad atribuida a los problemas de salud mental representa el 22% de toda la carga de enfermedad (2), lo que subraya la importancia del abordaje integral y efectivo de los problemas de salud mental.

El programa mhGAP se centra en ocho condiciones prioritarias de salud mental con una gran carga de enfermedad: depresión, psicosis, epilepsia, demencia, trastornos del desarrollo y de la conducta en la infancia, conductas suicidas, trastornos por uso de alcohol y trastornos por uso de otras sustancias. Posteriormente se desarrolló otra condición, el estrés.

Los módulos de formación son doce, incluyendo el estrés, el trastorno bipolar, y otros síntomas emocionales significativos sin explicación médica (OTR). La estrategia de implementación pasa primero por adaptar la guía a la situación de cada país y luego se capacita a los profesionales del nivel no especializado, ubicados en el primer nivel de atención, para que sean ellos los que aborden estas condiciones prioritarias con el apoyo del nivel especializado.

En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS/OMS) impulsó la utilización del mhGAP. Como se mencionó anteriormente, el primer país en incorporarse a este proyecto fue Panamá, lo que permitió iniciar la implementación del programa y su posterior diseminación en otros países de América Latina. A fines de 2014, veinte países de la Región se habían capacitado en todas o en algunas de las condiciones del mhGAP (quince de habla española y cinco de habla inglesa²).

2. Estudios previos

Antes del presente informe, la OPS realizó tres informes técnicos (Cuadro 1): uno sobre la aplicación del mhGAP en la Región de las Américas (3); otro acerca de una

¹ La versión española es una traducción oficial de la versión original en inglés (Mental Health Gap Action Programme - mhGAP).

² Los países del Caribe inglés hicieron la capacitación en el mhGAP por medio del Campus Virtual de la OPS/OMS.

prueba piloto en Panamá sobre el módulo de trastornos del desarrollo (4); y el último donde se evalúa la experiencia de la implementación del mhGAP en Panamá (5).

El objetivo del primer informe (3) fue conocer si la formación con el mhGAP mejoraba los conocimientos de los participantes. Se analizaron las pruebas realizadas antes y después de la capacitación, que incluían preguntas tanto de carácter general como sobre cada módulo específico de formación. Participaron 11 países³: Bahamas, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú y República Dominicana. La recolección de datos tuvo lugar entre mayo y agosto de 2013 y se recopilaban 2.453 pruebas. Con respecto a la prueba que evalúa los conocimientos sobre los Principios generales de atención (PGA), se observó que la capacitación supuso una mejora de 15,6% en términos del porcentaje de éxito⁴. Para los módulos de las condiciones prioritarias, los mayores porcentajes de cambio⁴ se observaron en el de epilepsia (69%), y en el de trastornos por el uso de alcohol (22,6 %)⁵.

El segundo informe (4) refleja una investigación realizada en varios centros de salud de Panamá donde se valoraba el resultado de la capacitación y la aplicabilidad del módulo de trastornos del desarrollo. El documento señala que *“la capacitación y el entrenamiento en la metodología mhGAP agrega valor a los conocimientos que tienen con respecto a los trastornos del desarrollo”*.

El tercer informe (5) muestra un estudio descriptivo sobre cómo se implementó el programa mhGAP en Panamá entre 2010 y 2014.

Cuadro 1. Estudios previos sobre el programa mhGAP en la Región de las Américas

Estudio	Periodo	Países	Objetivo (6)
<i>mhGAP en las Américas: pruebas anteriores y posteriores a la capacitación (datos disponibles hasta junio 2013)</i>	2013: mayo-agosto	Bahamas, Bolivia, Ecuador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Panamá, Paraguay, Perú, República Dominicana	<i>Estudio experimental: Sobre la capacitación de los profesionales con la Guía mhGAP</i>
<i>Análisis de resultados de los datos de la “Prueba piloto para evaluar las estrategias</i>	2014	Panamá	<i>Estudio experimental: Sobre la capacitación de los profesionales</i>

³ Los países que hicieron la formación online mediante la plataforma del Campus Virtual de la OPS no fueron incluidos en este estudio.

⁴ *Porcentaje de éxito*: es la proporción de respuestas correctas. *Porcentaje de cambio*: es la diferencia entre las respuestas después de la capacitación y las de antes de la capacitación (puede ser negativo o positivo).

⁵ En la prueba general hubo una pregunta, la 24, relacionada con las drogas que tuvo un cambio negativo (-10,7%). Se observa que la redacción de esta pregunta con sus tres posibles respuestas puede llevar a un cierto grado de confusión y convendría ser revisada.

<i>para el aumento de la capacidad en el programa mhGAP de trastornos del desarrollo en Panamá”.</i>			en el módulo de trastornos del desarrollo
<i>Informe de la experiencia de la implementación del programa mhGAP en Panamá⁶</i>	2010-2014	Panamá	<i>Estudio observacional descriptivo:</i> Descripción del proceso de implementación del programa mhGAP

3. Objetivo del informe

El objetivo del presente informe fue recopilar y analizar los datos de la experiencia de la implementación del programa mhGAP en la Región de las Américas desde el 1 de enero de 2010 hasta la realización de las encuestas en octubre de 2015.

4. Metodología

Para el estudio se seleccionaron los 14 países de habla hispana que hicieron la capacitación del mhGAP, quedando excluido Panamá que ya había sido analizado en un estudio previo (5). Se trata de un estudio observacional transversal para el que se desarrollaron dos encuestas. Una fue “ad hoc”, para los países implicados, donde se evalúa la influencia del programa a nivel de país. La segunda, toma como base la encuesta desarrollada en la evaluación de Panamá, pero amplía el número de temas y se dirige a los participantes de esos países con el fin de conocer su valoración y satisfacción con respecto al programa, así como la importancia que la capacitación tuvo sobre el trabajo posterior a la formación.

El proceso se inició en octubre de 2015 mediante el envío de una carta desde la Unidad de Salud Mental y Uso de Sustancias de la OPS/OMS a las representaciones de la OPS en ese grupo de países, solicitando que se contactaran con los ministerios de salud para que ellos respondieran la encuesta de país (Anexo I), y que indicaran el nombre de los profesionales formados en el mhGAP, con sus correspondientes correos electrónicos. Luego se remitió a estas personas una invitación para que respondieran otra encuesta (Anexo II) a través del programa “survey monkey”. La encuesta estuvo disponible entre octubre de 2015 y febrero de 2016.

⁶ En este estudio se incluyó una encuesta de evaluación a los participantes panameños dentro del programa “survey monkey” (mayo-julio 2015), pero el informe no aporta un análisis de estos datos. Los resultados están en esa plataforma (7).

5. Análisis de resultados

5.1. Encuesta de país (Anexo I)

Ocho de los países invitados a participar en la evaluación respondieron la encuesta, lo que representa el 57% del total invitado (Cuadro 2). México solo respondió sobre la capacitación realizada en la zona de frontera (Ciudad Juárez). Cabe resaltar que México, junto con Costa Rica y El Salvador, son los 3 países que tenían más profesionales formados a fines de 2014. Sin embargo, Costa Rica y El Salvador no respondieron la encuesta.

Cuadro 2. Países invitados y países que enviaron respuesta

Países invitados (14)	Países que respondieron (8) (57%)
Argentina, Bolivia, Colombia, Costa Rica, Cuba, Ecuador, El Salvador, Guatemala, Honduras, México, Nicaragua, Paraguay, Perú, República Dominicana	Argentina, Colombia, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, Perú, República Dominicana

La valoración que hacen los países del programa mhGAP es muy positiva. Por un lado, 75% lo tiene integrado en su política o plan de salud mental (Cuadro 3); 62,5% posee una estrategia o plan para continuar con las capacitaciones del mhGAP (Cuadro 4); y 87,5% de los países considera que el programa sirve para reducir la brecha de salud mental (Cuadro 5).

Cuadro 3. ¿El programa mhGAP forma parte de la política o plan de salud mental del país?

SÍ (75%)	NO (25%)
Colombia, Guatemala, Honduras, México, Perú, República Dominicana	Argentina, Paraguay

Cuadro 4. ¿Existe una estrategia o plan para continuar con la capacitación y aplicación del mhGAP?

SÍ (62,5%)	NO (37,5%)
Colombia, Honduras, México, Perú, República Dominicana	Argentina, Guatemala, Paraguay

Cuadro 5. ¿Considera que el mhGAP puede ayudar a reducir la brecha de salud mental?

SÍ (87,5%)	NO (12,5%)
Argentina, Colombia, Guatemala, Honduras, México, Paraguay, República Dominicana	Perú

El principal obstáculo observado es la necesidad de contar con financiación para proseguir con la implementación; 75% de los países ven que este aspecto no está resuelto (Cuadro 6). Cuatro países expresan que el problema inicial no es la financiación sino que existen otros tipos de problemas. Este último dato hay que analizarlo en el caso de Argentina, Paraguay, Guatemala y Perú en relación a las preguntas anteriores, pues en el grupo de los que ven que no está resuelta la financiación, están aquellos en los que la Guía mhGAP no forma parte de la política o plan (Argentina y Paraguay), los que no tienen una estrategia para continuar con la capacitación (Argentina, Guatemala y Paraguay), y los que consideran que la Guía no ayuda a reducir la brecha en salud mental (Perú)⁷. En el caso de estos cuatro países el tema de la financiación debe quedar supeditado a resolver las cuestiones previas expuestas.

Cuadro 6. ¿Existe una financiación adecuada para poder seguir implementando el mhGAP otro año?

SÍ (25%)	NO (75%)
Colombia y México	Argentina, Guatemala, Honduras, Paraguay, Perú, República Dominicana

El periodo de capacitación de los países que respondieron a la encuesta transcurrió entre 2011 y 2014 (Cuadro 7).

Cuadro 7. Año de comienzo de la capacitación

2011	2012	2013	2014
México	Guatemala, Honduras, Paraguay	Colombia, República Dominicana	Argentina, Perú

En el Cuadro 8 se observa el número de profesionales formados por país y por módulo, entre un total de 1575 personas.

Cuadro 8. Profesionales formados y módulos en los que fueron capacitados

Países	Profesionales formados	Módulos⁸
Argentina	35	DEP, PSI, DEM, ALC, DRO, SUI
Colombia	288	DEP, COND, SUI (35 cambiaron módulo de COND por STR)
Guatemala	106	DEP, EPI, OTR
Honduras	152	DEP, EPI, OTR
México (Oficina de la Frontera-El Paso)	205	DEP (205), PSI (80), TBP(80), EPI (80), DES (43), COND (80), DEM (43), ALC (80), DRO (80), SUI (80), OTR (205), STR (43)

⁷ Con posterioridad a esta encuesta, el Ministerio de Salud de Perú incorporó el programa mhGAP a la Estrategia Nacional de Salud Mental

⁸ Detrás de cada módulo y entre paréntesis se señala la cantidad de profesionales formados. Cuando no se indica nada es que fueron formados todos los profesionales de la columna anterior.

Paraguay	64	DEP (64), OTR (25)
Perú	390	DEP, PSI, TBP, EPI, CON, ALC, SUI
República Dominicana	335	DEP, (335), PSI (335), TBP (110), DEM (225), ALC (335), DRO (335), SUI (335), OTR (47)
TOTAL	1575	

5.2 Encuesta a los participantes (Anexo II)

De los ocho países que respondieron a la “Encuesta de país”, siete⁹ remitieron a la Unidad de Salud Mental de la OPS/OMS los listados de participantes con sus correspondientes correos electrónicos; a esas personas se las invitó a participar en la “Encuesta de participantes” a través de la plataforma del programa “survey monkey”. La completaron solo 246 profesionales¹⁰, lo que representa 16,8% del total (1.469). Este dato implica que el número de personas que no participaron en la encuesta es elevado (83,2%) y constituye una limitación a la hora de analizar los resultados (7). Las respuestas fueron agrupadas en diversos apartados temáticos.

De carácter general

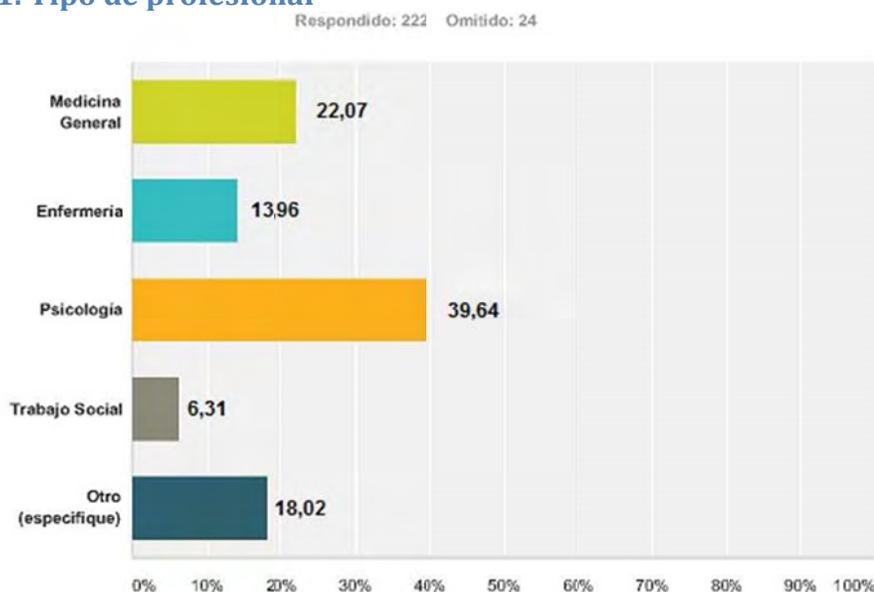
Entre los participantes, 69,3 % fueron mujeres. Respecto a la procedencia, más de la mitad (50,4%) eran de México (124), 53,9% de los cuales eran psicólogos¹¹ especialistas en salud mental. En el conjunto de los 7 países, los psicólogos representan 39,64% de todos los profesionales (Figura 1). Si se excluye a México, el porcentaje baja a 24,3%. Los médicos generales y los profesionales de enfermería representan el 36,03% del total; sin México, la cifra es casi similar (36,5%).

⁹ Guatemala no remitió el listado de participantes.

¹⁰ Muchas de las direcciones de correo electrónico recibidas fueron copiadas de las planillas que los participantes llenan al inicio de la actividad; en muchos casos la dirección de correo era ilegible, o bien se devolvía como erróneo.

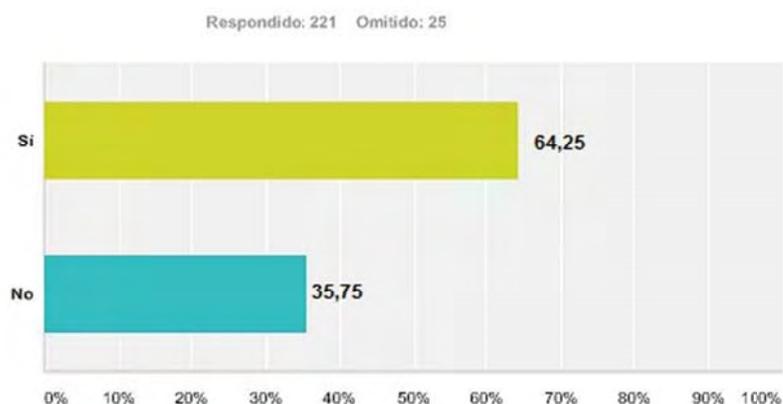
¹¹ La mayoría de los psicólogos participantes trabajaban en atención primaria.

Figura 1. Tipo de profesional



Cabe señalar que los países tuvieron libertad para seleccionar a los participantes de los cursos de formación en el uso de la Guía mhGAP. Es importante destacar que este programa tiene como objetivo principal reducir la brecha de salud mental a través de la atención no especializada del primer nivel de atención y que este nivel está conformado, en la mayoría de los países, por médicos generales y profesionales de enfermería con diferentes niveles de formación (licenciado, diplomado, técnico, auxiliar, etc.). Sin embargo, se observa que el grupo de profesionales más dedicados al nivel de atención no especializada no supera el 37% de los participantes, y que 64,25% de los encuestados trabajaba en el sector público en el primer nivel de atención, es decir en APS (Figura 2).

Figura 2. ¿Actualmente trabaja para el sector público de salud del país en el primer nivel de atención de salud (atención de salud no especializada)?

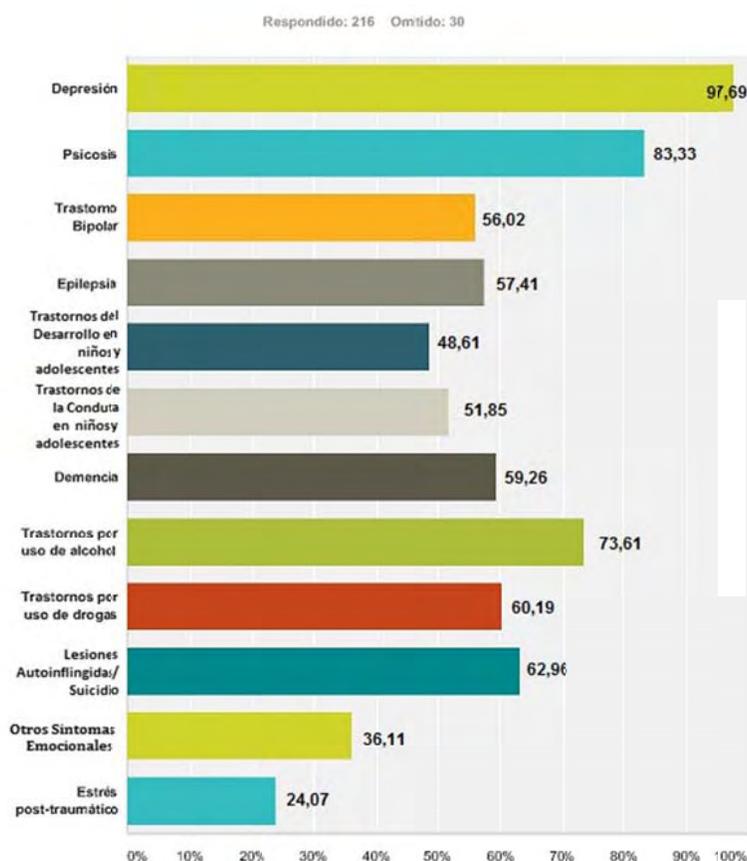


Sobre la Guía de Intervención mhGAP

La Guía y el esquema principal del mhGAP son dos instrumentos que deben estar disponibles en la actividad diaria de los profesionales de salud para el desarrollo de este programa. En el presente estudio se observa que 85% de los profesionales tiene disponible la Guía en su consultorio, y 79,9% tiene también disponible el esquema principal. Ambos resultados son muy aceptables teniendo en cuenta que algunos participantes no tienen actividad clínica y que solo un grupo pequeño de especialistas (psiquiatras, neurólogos, epidemiólogos, etc.) hicieron los cursos con el fin de ser facilitadores en nuevos cursos.

Los países pudieron elegir los módulos del mhGAP que preferían para sus cursos de capacitación. Los tres módulos seleccionados con mayor frecuencia (más de 70%) fueron los de depresión (97,69%), psicosis (83,33%), y trastornos por uso de alcohol (73,61%). Los tres menos demandados (menos de 50%) fueron los módulos de estrés¹² (24,07 %), OTR (36,11%), y el de trastornos del desarrollo en niños y adolescentes (48,61%) (Figura 3).

Figura 3. ¿En cuál de los siguientes módulos recibió la capacitación?

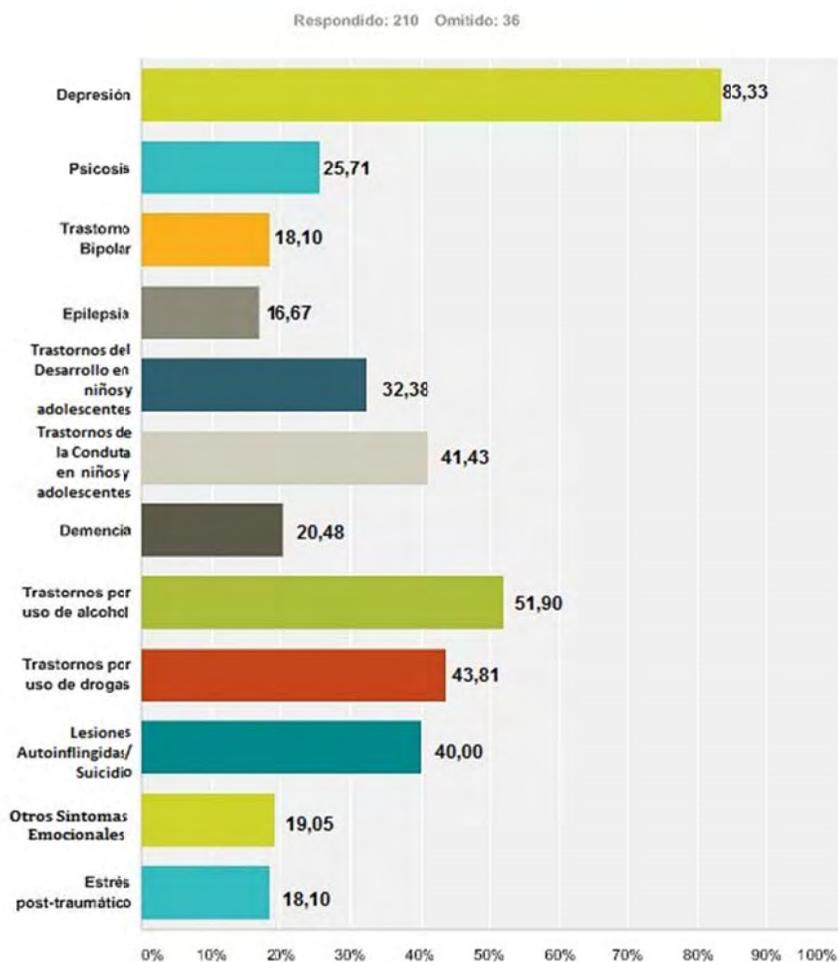


¹² El módulo de estrés fue desarrollado con posterioridad a la guía inicial.

Cuando se pregunta cuáles son los módulos más útiles en su trabajo, la mayoría (>70%) señala los de depresión, trastornos por uso de alcohol y trastornos por uso de drogas. En las respuestas del grupo de médicos generales y profesionales de enfermería también aparecen los trastornos de la conducta. Los menos útiles (<40%) son los módulos sobre demencia, epilepsia y OTR; en el grupo de médicos generales y de profesionales de enfermería se mantiene (<40%) para el de demencia y OTR, se agrega el de estrés, y no figura la epilepsia.

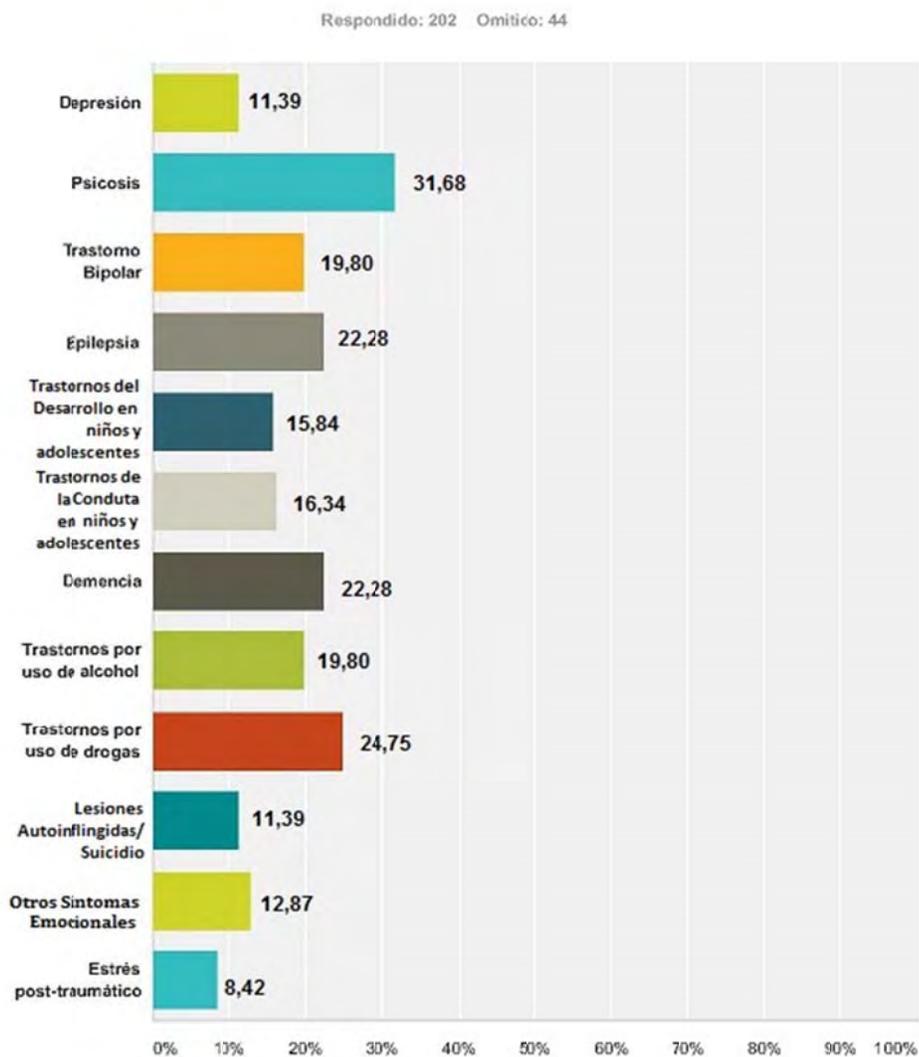
En el apartado de módulos más utilizados aparecen la depresión y los trastornos por uso de alcohol (>50%); y los menos fueron los de epilepsia, trastorno bipolar, OTR y estrés (<20%) (Figura 4). En el grupo de médicos generales y profesionales de enfermería, los módulos menos utilizados son también los de trastorno bipolar, OTR, estrés, no figura la epilepsia, y se añade el suicidio.

Figura 4. De los módulos reportados en la pregunta anterior, señale los que utiliza con más frecuencia



Los módulos más difíciles de implementar (>20%) fueron los de epilepsia, demencia, trastornos por uso de drogas y psicosis (31,68%) (Figura 5). En el grupo de médicos generales y profesionales de enfermería también estaban los módulos de psicosis (32,89%) y sobre trastornos por uso de drogas, pero no el de epilepsia ni el de demencia; y se añaden los módulos sobre trastorno bipolar y trastornos de conducta.

Figura 5. De los módulos que recibió en la capacitación ¿cuáles le resultaron más difíciles de implementar?



La posibilidad de registrar estos diagnósticos en los centros de salud era superior a 80% solo para la depresión; superior a 60% para la psicosis, epilepsia, demencia, los trastornos por uso de alcohol y de drogas y el suicidio; y superior a 58% para el trastorno bipolar, los trastornos del desarrollo y los trastornos de la conducta. El estrés y OTR estaban entre 45% y 42%, respectivamente.

Los participantes, en su mayoría, consideran la Guía “muy útil” (72,8%) para su trabajo y consideran positivo tener los dos formatos (impreso y online), pero si tuvieran que elegir uno, prefieren el formato impreso (5 a 1).

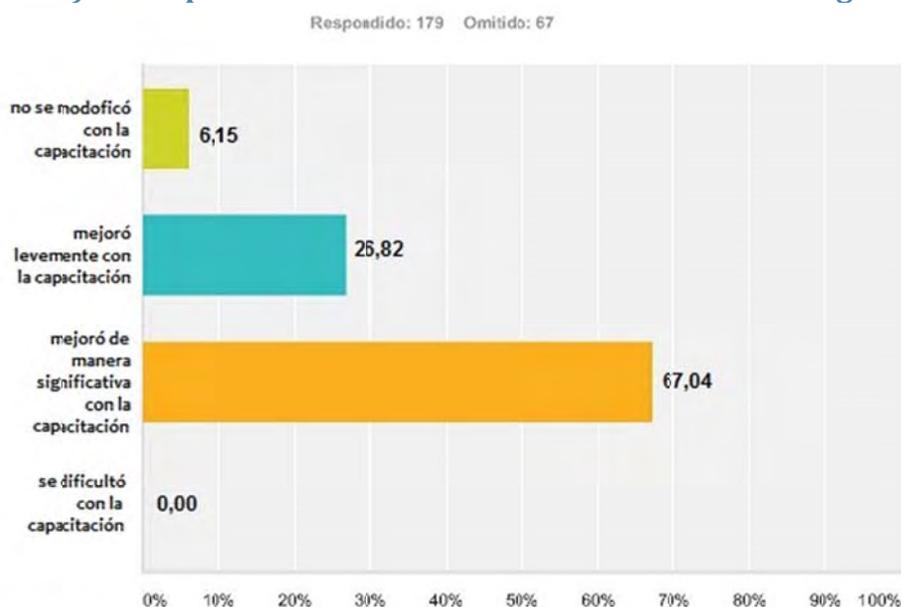
Resultado de la capacitación

El proceso de capacitación en el uso de la Guía de Intervención mhGAP tiene una valoración positiva.

La metodología de intervención de la Guía es considerada apropiada para su trabajo por 82,5% de los profesionales encuestados. Cuando se les pregunta si hay una mejoría en la actitud (tolerancia, receptividad o comprensión) hacia los pacientes con trastornos mentales y neurológicos, 91,4% dice que sí; en el grupo de médicos generales y profesionales de enfermería la respuesta positiva alcanza el 100%.

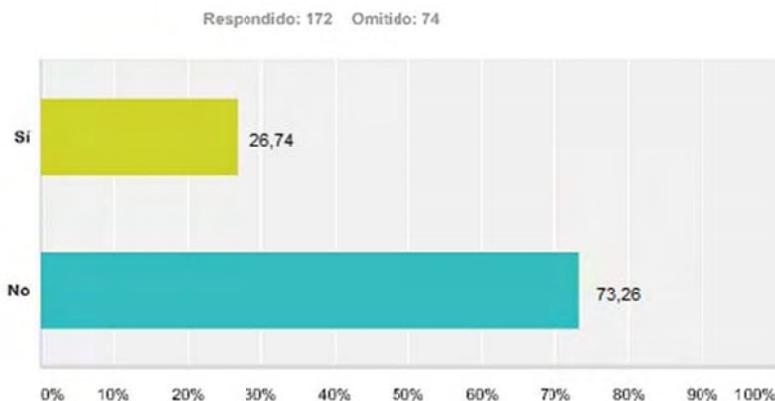
La utilización de la Guía tras la capacitación es considerada una fortaleza por 87% de los profesionales; y a 86,9% le ha permitido replantear su enfoque clínico en el manejo de estos trastornos. La habilidad para abordar este tipo de problemas “*mejoró de manera significativa con la capacitación*” en 67,04% de todos los participantes (Figura 6), cifra que llega a 83,82% en el grupo de médicos generales y profesionales de enfermería. El 50,6% de los capacitados considera que es mayor el número de diagnósticos con estos trastornos que se recogen en los expedientes clínicos, pero en el grupo de médicos generales y profesionales de enfermería ese porcentaje sube a 70,2%. Un 29,6% considera que el tiempo dedicado a la capacitación fue insuficiente; y 99,4% de los profesionales recomendaría a otros colegas este tipo de formación.

Figura 6. Capacidad para el abordaje (entrevistar, evaluar, diagnosticar y tratar) de los pacientes con trastornos mentales o neurológicos



Los aspectos menos favorables se ponen de manifiesto tras la capacitación. El 73,26% dice que no ha recibido apoyo o supervisión para la aplicación de los módulos del mhGAP (Figura 7), y 72,6% señala que tampoco se realizaron sesiones de refuerzo y actualización sobre alguno de los módulos.

Figura 7. ¿Recibió algún tipo de apoyo o supervisión en la aplicación de los módulos de la Guía mhGAP por colegas y/o personal especializado de salud mental de su área de salud con posterioridad a la capacitación?



Para los módulos de las condiciones prioritarias, los mayores porcentajes de cambio se encontraron con respecto a la epilepsia (porcentaje de cambio 69%), y en trastornos por uso de alcohol (porcentaje de cambio 22,6%)¹³.

Sobre los medicamentos esenciales de la Guía

La encuesta incluyó preguntas sobre nueve medicamentos esenciales que se muestran en la capacitación sobre la Guía mhGAP: cuatro antiepilépticos (carbamecepina, fenitoina, fenobarbital y valproato sódico); tres antipsicóticos (haloperidol, clorpromazina y flufenazina de depósito); y dos antidepresivos (fluoxetina y amitriptilina). Estos medicamentos se señalan como tratamientos básicos en cuatro módulos de la Guía: depresión, psicosis, trastorno bipolar y epilepsia.

Hemos valorado la respuesta de los médicos generales y profesionales de enfermería por constituir ellos el grupo de profesionales del primer nivel de atención y, por lo tanto, ser quienes pueden conocer mejor la disponibilidad de dichos medicamentos. La cantidad de profesionales capacitados en la utilización de los mismos se ubicó entre 62,3% para la clorpromazina, y 90,5% para la fluoxetina. Es de destacar que para la flufenazina de depósito, el porcentaje de profesionales formados fue menor (27,1%).

¹³ En la prueba general hubo una pregunta, la 24, relacionada con las drogas que tuvo un cambio negativo (-10,7%). Se observa que la redacción de esta pregunta con sus tres posibles respuestas puede llevar un cierto grado de confusión y convendría ser revisada.

Cuando se les preguntó sobre el uso de estos medicamentos, se observa un porcentaje importante de no utilización por no estar disponibles o no estar autorizados a prescribirlos (Figura 8). Uno de los medicamentos más disponibles es un antidepresivo, la fluoxetina, que es utilizado por 47,62% de los profesionales; aunque 52,38% no la puede utilizar por falta de disponibilidad o de autorización para prescribirla. El otro medicamento es un antiepiléptico, la carbamazepina, utilizado por 53,57% de los profesionales; no pudiendo ser utilizada por 46,43%. Para el resto de los medicamentos, el obstáculo para su utilización va de un rango de 66,07% para la fenitoina, a 93,45% para la flufenazina de depósito. Cabe señalar que resultará difícil reducir la brecha de atención debido a los muchos obstáculos existentes en el acceso a los medicamentos esenciales.

Figura 8. ¿En su centro de trabajo, están disponibles los siguientes medicamentos de la Guía mhGAP?



Sobre las intervenciones psicosociales

Se preguntó a los participantes sobre la utilización de siete intervenciones psicosociales. El grupo de médicos generales y de profesionales de enfermería utilizó todas, siendo la de menor uso (47,7 %) la terapia de resolución de problemas, y la más utilizada la psicoeducación (87,7 %), seguida por las intervenciones breves para la reducción del consumo de alcohol (81,5 %) y el apoyo a los cuidadores (80%). Respecto a sobre qué tipo de intervenciones consideran que deben recibir mayor capacitación (Figura 9), los participantes señalan en primer lugar la terapia de resolución de problemas (84,47 %); en segundo lugar, las intervenciones breves para reducir el uso perjudicial de alcohol (72,67%); luego la relajación (64,60%); y en cuarto lugar, el abordaje de factores psicosociales estresantes (63,35 %).

Figura 9. De las siguientes intervenciones psicosociales de la Guía mhGAP ¿en cuáles considera que debe recibir más capacitación?



6. Conclusiones

El estudio realizado presenta una limitación importante por el número de respuestas. De los 14 países seleccionados, 57% respondieron la “*encuesta de país*”. Con respecto a los profesionales capacitados, 16,8% contestaron la “*encuesta del participante*”. Como fuera señalado, no fue posible conseguir datos válidos para poder contactar a todos los profesionales capacitados de los que se tenía registro al momento de realizar la presente encuesta.

La valoración que hacen los países del programa mhGAP es muy positiva pues 75 % lo integra dentro de la política o del plan de salud mental, y 87,5 % considera que sirve para reducir la brecha de la atención en salud mental. Sin embargo, este último dato contrasta con la baja representatividad que tiene en las capacitaciones el grupo de médicos generales y los profesionales de enfermería, es decir, el más vinculado al primer nivel de atención y, por lo tanto, a la posibilidad de abordar la reducción de la brecha de atención. Los médicos generales y los profesionales de enfermería representan el 36 % del total de encuestados. Se observa que algunos países se han centrado más en usar la Guía mhGAP como un instrumento de capacitación en salud mental para los profesionales de salud en general, sin poner el acento en la atención no especializada¹⁴.

Los participantes, en su mayoría, valoran muy positivamente la capacitación; 99,4% de esas personas la recomendaría a otros colegas. Los porcentajes también son altos en otros aspectos: 87% considera la utilización de la Guía tras la capacitación como una fortaleza, y a 86,9% le ha permitido replantear su enfoque clínico en el manejo de este tipo de trastornos. En los estudios previos (3, 4 y 5) también se apreciaban valoraciones positivas similares sobre la capacitación.

Las preguntas relacionadas con los medicamentos esenciales señalados en la Guía muestran uno de los obstáculos más importantes para poder reducir la brecha: la accesibilidad a los mismos. A través de las respuestas del grupo de médicos generales y de profesionales de enfermería, se observa que la no disponibilidad de un medicamento o la no autorización para prescribirlo, va desde 46,43% en el caso de la carbamacepina, hasta 93,45% para la fluflenzina de depósito. Esto refuerza la importancia del proceso de adaptación de la Guía mhGAP al contexto del país, que debe ser previo a los procesos de formación.

Hay dos módulos que sobresalen en varias valoraciones: el de depresión y el de trastornos por uso de alcohol. Ambas condiciones tienen una gran carga de enfermedad y también son muy prevalentes. Estos dos módulos se destacan por ser los más frecuentes en las capacitaciones, los más utilizados en la atención, y se ubican dentro del grupo de los más útiles. Sin embargo, hay otro hecho que merece la pena resaltar de este primer estudio realizado en 11 países de la Región; se trata del porcentaje de cambio tras la formación. El estudio mostró que el mayor porcentaje de

¹⁴ Ver comentario de la nota 11 sobre el rol de los psicólogos en atención primaria.

cambio se encontró en el módulo de epilepsia (69%); y, a cierta distancia, el de trastornos por uso de alcohol (22,6%).

Entre los participantes se observa un deseo de ampliar la capacitación de varias intervenciones psicosociales: la terapia de resolución de problemas (84,47 %); las intervenciones breves para reducir el uso perjudicial de alcohol (72,67%); y el abordaje de factores psicosociales estresantes (63,35%)¹⁵.

7. Recomendaciones

- a) Para reducir la brecha en salud mental es imprescindible que las políticas nacionales de salud incorporen a la salud mental en el nivel de Atención Primaria de la Salud y que, a la vez, se incorpore la estrategia del mhGAP dentro del Plan Nacional de Salud Mental.
- b) La accesibilidad a los medicamentos esenciales debe estar asegurada dado que es básico para poder implementar la Guía adecuadamente, sobre todo los módulos de depresión, trastorno bipolar, psicosis y epilepsia.
- c) El programa mhGAP no debe quedar reducido a una simple capacitación. Es básico el proceso de adaptación de la Guía al contexto del país para identificar los obstáculos que complican la reducción de la brecha. Este proceso de adaptación puede conllevar modificaciones en las políticas de salud, por ejemplo, cambios normativos para mejorar la accesibilidad a los psicofármacos.
- d) La capacitación debe tener como foco prioritario el centrarse en los profesionales del primer nivel de atención no especializada y, en aras de la sostenibilidad del programa, se deben formar equipos amplios por áreas de salud.
- e) La estrategia de formación debe incluir todos los módulos, sin embargo, puede variar la forma de implementación. Por un lado, se pueden implementar cursos sobre unos pocos módulos, de forma periódica, hasta completar la totalidad; o de una manera más intensiva, desarrollando todos los módulos de una vez. La elección de un formato u otro puede depender del contexto; en zonas muy alejadas, con acceso difícil, es mejor hacer un solo curso que incluya todos los módulos, por una cuestión de eficiencia. En las zonas de fácil acceso, la capacitación puede iniciarse con dos o tres módulos y continuar de forma periódica con el resto. En la encuesta se observa que dos módulos gozan de gran aceptación en la Región pues tratan problemas que representan una gran carga de enfermedad, son muy prevalentes, y se consideran muy útiles: depresión y trastornos por uso de alcohol. Se debe tener también en cuenta el módulo de epilepsia, por producir un mayor cambio dentro de la capacitación (69%) y por

¹⁵ La OMS ha producido material nuevo para fortalecer este tipo de intervenciones (10) (11).

tratarse de un problema que afecta a 5 millones de ciudadanos en la Región de las Américas (9).

- f) Es muy importante complementar la capacitación en la Guía mhGAP con la formación en las intervenciones psicosociales recomendadas. Entre las que tienen mayor demanda están la terapia de resolución de problemas (84,47%), las intervenciones breves para reducir el uso perjudicial de alcohol (72,67%), y el abordaje de factores psicosociales estresantes (63,35 %). La OMS ha producido material nuevo para fortalecer este tipo de intervenciones (10) (11).
- g) La implementación del programa mhGAP en el nivel de atención no especializada precisa de un buen apoyo, coordinación y supervisión desde el nivel de atención especializada, por eso es recomendable que los países desarrollen un programa de monitoreo y supervisión del personal capacitado.

8. Bibliografía

1. Organización Mundial de la Salud. Guía de Intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias en el nivel de atención de la salud no especializada. Versión 1.0. Ginebra: OMS; 2011. Disponible en:
http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789243548067_spa.pdf
2. Organización Panamericana de la Salud. Estrategia y plan de acción sobre salud mental. Washington, DC: OPS; 2009. Disponible en:
http://new.paho.org/hq/dmdocuments/2009/SALUD_MENTAL_final_web.pdf
3. Organización Panamericana de la Salud. MhGAP en las Américas. Pruebas anteriores y posteriores a la capacitación (datos disponibles hasta junio 2013). Washington, DC: OPS; 2014.
4. Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud. Análisis de resultados de datos “Prueba piloto para evaluar las estrategias para el aumento de la capacidad en el programa mhGAP de trastornos del desarrollo en Panamá”. Panamá; 2014.
5. Organización Panamericana de la Salud-Ministerio de Salud. Informe de la experiencia de la implementación del programa de mhGAP en Panamá. Panamá; 2016.
6. Hulley SB, Cummings SR. Diseño de la investigación clínica. Un enfoque epidemiológico. Barcelona. Ed. Doyma; 1993.
7. Encuesta Panamá (2015). Disponible en:
https://www.surveymonkey.com/summary/KHXMnjLXIZ2MvW5eQ52GPgc89Dg_2BiTbngM_2Fr8iFGc64_3D (acceso julio 2016).
8. Argimón JM, Jiménez J. Métodos de investigación: aplicados a la atención primaria de salud. Madrid. Ed. Doyma; 1995.
9. Organización Panamericana de la Salud. Informe sobre la epilepsia en América Latina y el Caribe. Washington, DC: OPS; 2013. Disponible en:

http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9138%3A2013-informe-sobre-epilepsia-america-latina-caribe&catid=1169%3Atechnical-documents&Itemid=40615&lang=es

10. Pensamiento saludable. Manual para la atención psicosocial de la depresión perinatal. Versión genérica de ensayo sobre el terreno de la OMS 1.0, 2015. Washington, DC: OPS; 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28417/9789275318997_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
11. World Health Organization. Problem Management Plus (PM+): Individual psychological help for adults impaired by distress in communities exposed to adversity. (Generic field-trial version 1.0). Geneva: WHO; 2016. Disponible en: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/206417/1/WHO_MSD_MER_16.2_eng.pdf?ua=1

9. ANEXOS

ANEXO I: ENCUESTA A LOS PAÍSES PARTICIPANTES

PROGRAMA mhGAP (Para reducir la brecha en salud mental)

Evaluación de la aplicación del Programa

ENCUESTA DE PAÍS

1. **País:** Argentina__ Bolivia__ Colombia__ Costa Rica__ Cuba__ Ecuador__ El Salvador__ Guatemala__ Honduras__ México__ Nicaragua__ Paraguay__ Perú__ R. Dominicana__
2. **Cursos de capacitación del mhGAP realizados:**

Año	Lugar	Nº de profesionales capacitados	Módulos
			DEP (), PSI(), TBP(), EPI(), DES(), CON (), DEM(), ALC(), DRO(), SUI (), OTR (), STR()

3. ¿La Guía de Intervención mhGAP forma parte de la política o del plan de salud mental del país? Si___ NO___
4. ¿Existe una estrategia o plan en el país para continuar con la capacitación y aplicación del mhGAP en el futuro? SI___ NO___
5. ¿Considera que esta Guía de Intervención puede ayudar a reducir la brecha de salud mental en el país? SI___ NO___
6. ¿Tiene el país una financiación adecuada, propia o derivada de la cooperación internacional, para poder seguir implementado esta Guía de Intervención en el próximo año? SI___ NO___
7. ¿Tiene alguna sugerencia para mejorar la aplicabilidad de esta Guía de Intervención en el país?_____

ANEXO II: ENCUESTA A LOS PROFESIONALES CAPACITADOS

PROGRAMA mhGAP (Para reducir la brecha en salud mental)

CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN

Por favor, responda las siguientes preguntas marcando en los espacios que corresponda:

1. **País:** Argentina___ Bolivia___ Colombia___ Costa Rica___ Cuba___ Ecuador___ El Salvador___ Guatemala___ Honduras___ México___ Nicaragua___ Paraguay___ Perú___ R. Dominicana___
2. **Año de formación en el mhGAP:** 2010___ 2011___ 2012___ 2013___ 2014___
3. **Género:** ___Hombre ___Mujer
4. **Tipo de profesional:** ___Medicina General ___Enfermería ___Psicología ___Trabajo Social ___ Otro (Especifique)_____
5. **¿Actualmente trabaja para el sector público de salud del país en el primer nivel de atención de salud (atención de salud NO especializada)?** SI___ NO___
6. **¿En su oficina o consultorio, tiene a su disposición la Guía de Intervención mhGAP impresa?** SI___ NO___
7. **¿En su oficina o consultorio, tiene a su disposición el esquema principal de intervención del mhGAP?** SI___ NO___
8. **¿En cuál de los siguientes módulos recibió capacitación?(puede seleccionar más de una respuesta):**
 Depresión (), Psicosis (), Trastorno bipolar (), Epilepsia (), Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes (), Trastornos de la conducta en niños y adolescentes (), Demencia (), Trastornos por uso de alcohol (), Trastornos por uso de drogas (), Autolesión/Suicidio (), Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica (), Estrés post-traumático ().

9. Mencione aquellos módulos que considera de mayor utilidad para su área de trabajo (puede seleccionar más de una respuesta).

Depresión (), Psicosis (), Trastorno bipolar (), Epilepsia (), Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes (), Trastornos de la conducta en niños y adolescentes (), Demencia (), Trastornos por uso de alcohol (), Trastornos por uso de drogas (), Autolesión/Suicidio (), Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica (), Estrés post-traumático ().

10. De los módulos reportados en la pregunta anterior, señale los que utiliza con más frecuencia (puede seleccionar más de una respuesta).

Depresión (), Psicosis (), Trastorno bipolar (), Epilepsia (), Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes (), Trastornos de la conducta en niños y adolescentes (), Demencia (), Trastornos por uso de alcohol (), Trastornos por uso de drogas (), Autolesión/Suicidio (), Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica (), Estrés post-traumático ().

11. De los módulos que recibió en la capacitación ¿cuáles le resultaron más difíciles de implementar? (puede seleccionar más de una opción):

Depresión (), Psicosis (), Trastorno bipolar (), Epilepsia (), Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes (), Trastornos de la conducta en niños y adolescentes (), Demencia (), Trastornos por uso de alcohol (), Trastornos por uso de drogas (), Autolesión/Suicidio (), Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica (), Estrés post-traumático (). Explique por qué:

12. ¿En su centro de salud, la hoja de diagnósticos permite registrar los casos diagnosticados con los módulos del mhGAP?

Depresión: SI____NO____

Psicosis: SI____NO____

Trastorno bipolar: SI____NO____

Epilepsia: SI____NO____

Trastornos del desarrollo en niños y adolescentes: SI____NO____

Trastornos de la conducta en niños y adolescentes: SI____NO____

Demencia: SI____NO____

Trastornos por uso de alcohol: SI____NO____

Trastornos por uso de drogas: SI____NO____

Autolesión/Suicidio: SI____NO____

Otros síntomas emocionales significativos o padecimientos sin explicación médica:
SI____NO____

Estrés postraumático: SI____NO____

13. Su actitud ante los pacientes con trastornos mentales y neurológicos ha sido:

___ Igual que antes de la capacitación

___ Más receptiva

___ Más tolerante

___ Más comprensiva

14. De acuerdo a la capacitación que recibió, en la actualidad, usted utiliza la Guía de Intervención mhGAP como una fortaleza en su área de trabajo.

Totalmente en desacuerdo ()

En desacuerdo ()

Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()

De acuerdo ()

Totalmente de acuerdo ()

- 15. La capacitación le permite replantear su enfoque clínico de entrevista, evaluación y manejo de problemas de salud mental.**
Totalmente en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
De acuerdo ()
Totalmente de acuerdo ()
- 16. La capacitación en la Guía ha contribuido a mejorar su capacidad de evaluación de problemas de salud mental en su práctica clínica.**
Totalmente en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
De acuerdo ()
Totalmente de acuerdo ()
- 17. Su capacidad para el abordaje (entrevistar, evaluar, diagnosticar y tratar) de los pacientes con trastornos mentales o neurológicos:**
___ no se modificó con la capacitación
___ mejoró levemente con la capacitación
___ mejoró de manera significativa con la capacitación
___ se dificultó con la capacitación
- 18. La metodología de la Guía de Intervención mhGAP es aplicable en su área de trabajo.**
Totalmente en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
De acuerdo ()
Totalmente de acuerdo ()
- 19. La metodología de la Guía de Intervención mhGAP permite articular una efectiva difusión (réplica) y trabajo conjunto con los profesionales de salud mental.**
Totalmente en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
De acuerdo ()
Totalmente de acuerdo ()
- 20. El tiempo dedicado a la capacitación fue suficiente para el logro del aprendizaje.**
Totalmente en desacuerdo ()
En desacuerdo ()
Ni de acuerdo ni en desacuerdo ()
De acuerdo ()
Totalmente de acuerdo ()
- 21. Después de esta capacitación, el número de diagnósticos de personas con trastornos mentales y neurológicos que coloca en sus expedientes clínicos y/o en la hoja de registro diario es:**
___ Menor
___ Igual
___ Mayor
- 22. En general, podría describir a la Guía de Intervención mhGAP, en su área de trabajo, como:**
___Muy útil ___Medianamente útil ___Poco útil ___No es útil

23. ¿Qué formato de la Guía de Intervención mhGAP le resulta más adecuado para sus necesidades?

Impreso Digital Ambos

24. Con posterioridad a la capacitación, ¿recibió algún tipo de apoyo o supervisión en la aplicación de los módulos de la Guía mhGAP por colegas y/o personal especializado en salud mental de su área de salud?

SI NO

25. Con posterioridad a la capacitación, ¿recibió algún refrescamiento/actualización sobre algunos de los módulos de la Guía mhGAP?

SI NO

26. ¿Recomendaría a otros colegas capacitarse en la metodología del mhGAP?

Sí No

27. ¿En su centro de trabajo, están disponibles los siguientes medicamentos de la Guía mhGAP?

Fluoxetina: SI NO

Amitriptilina: SI NO

Haloperidol: SI NO

Clorpromazina: SI NO

Flufenazina de depósito: SI NO

Carbamazepina: SI NO

Fenobarbital: SI NO

Fenitoina: SI NO

Valproato Sódico: SI NO

28. De los siguientes medicamentos de la Guía mhGAP, ¿en cuáles fue capacitado?

Fluoxetina: SI NO

Amitriptilina: SI NO

Haloperidol: SI NO

Clorpromazina: SI NO

Flufenazina de depósito: SI NO

Carbamazepina: SI NO

Fenobarbital: SI NO

Fenitoina: SI NO

Valproato Sódico: SI NO

29. De los siguientes medicamentos de la Guía mhGAP, ¿cuáles está autorizado a prescribir?

Fluoxetina: SI NO

Amitriptilina: SI NO

Haloperidol: SI NO

Clorpromazina: SI NO

Flufenazina de depósito: SI NO

Carbamazepina: SI NO

Fenobarbital: SI NO

Fenitoina: SI NO

Valproato Sódico: SI NO

30. De los siguientes medicamentos de la Guía mhGAP, ¿cuáles utiliza en la actualidad?

Fluoxetina: SI NO NO disponible o NO autorizado a prescribir

Amitriptilina: SI NO NO disponible o NO autorizado a prescribir

Haloperidol: SI NO NO disponible o NO autorizado a prescribir

Clorpromazina: SI NO NO disponible o NO autorizado a prescribir

Flufenazina de depósito: SI__NO__ NO disponible o NO autorizado a prescribir__
Carbamazepina: SI__NO__ NO disponible o NO autorizado a prescribir__
Fenobarbital: SI__NO__ NO disponible o NO autorizado a prescribir__
Fenitoina: SI__NO__ NO disponible o NO autorizado a prescribir__
Valproato Sódico: SI__NO__ NO disponible o NO autorizado a prescribir__

31. De las siguientes intervenciones psicosociales de la Guía mhGAP, ¿cuáles ha utilizado en alguno de los casos clínicos?

Psicoeducación: SI__ NO__
Abordaje factores psicosociales estresantes: SI__ NO__
Restablecer redes sociales: SI__ NO__
Apoyo a los cuidadores: SI__ NO__
Intervenciones breves para reducir el consumo perjudicial de alcohol: SI__ NO__
Terapia de resolución de problemas: SI__ NO__
Relajación: SI__ NO__
¿Alguna otra intervención psicosocial? _____

32. De las siguientes intervenciones psicosociales de la Guía mhGAP, ¿en cuáles considera que debe recibir más capacitación?

Psicoeducación: SI__ NO__
Abordaje factores psicosociales estresantes: SI__ NO__
Restablecer redes sociales: SI__ NO__
Apoyo a los cuidadores: SI__ NO__
Intervenciones breves para reducir el consumo perjudicial de alcohol: SI__ NO__
Terapia de resolución de problemas: SI__ NO__
Relajación: SI__ NO__

Muchas gracias, su aporte es importante para poder ser efectivos en la reducción de la brecha en salud mental.