

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE MEDICINA, DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL “DR. JUAN N. NAVARRO”



TESIS:

Módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente de la GI-mhGAP:
experiencias expresadas por los facilitadores capacitados y opinión de los especialistas en
Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia

**QUE PARA OBTENER EL DIPLOMA DE ESPECIALISTA
EN PSIQUIATRÍA INFANTIL Y DE LA ADOLESCENCIA PRESENTA:**

Marvin Denisse Castro Muñoz

ASESOR METODOLÓGICO:

A handwritten signature in blue ink, appearing to be "Claudia Iveth Astudillo García".

Dra. Claudia Iveth Astudillo García.

ASESOR TEÓRICO:

A handwritten signature in black ink, appearing to be "Beatriz Paulina Vázquez Jaime".

Dra. Beatriz Paulina Vázquez Jaime.

CIUDAD DE MÉXICO, JUNIO 2022



Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

HOJA DE DATOS

Nombre del Alumno autor del trabajo de Tesis:

Marvin Denisse Castro Muñoz

Correo electrónico: castro.munoz.md@gmail.com

Nombre del Asesor (a) Metodológico:

Dra. Claudia Iveth Astudillo García

Correo electrónico: claudiaiveth.astudillo@gmail.com

Institución donde labora: Servicios de Atención Psiquiátrica (SAP)

Nombre del Asesor (a) Teórico:

Dra. Beatriz Paulina Vázquez Jaime

Correo electrónico: bpavaz@gmail.com

Institución donde labora: Comisión Nacional contra las Adicciones (CONADIC)

RESUMEN

Antecedentes: La GI-mhGAP fue desarrollada con el objetivo de facilitar las intervenciones de profesionales no especializados. Nuestro país está trabajando en una red de capacitación y difusión de estas guías.

Objetivos: Analizar cuáles son las experiencias expresadas por los facilitadores capacitados en la GI-mhGAP sobre el módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente y cuál es la opinión de especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia sobre el mismo.

Materiales y Métodos: El presente estudio está conformada por dos fases, en la Fase 1 tiene por objetivo describir las experiencias expresadas por 562 facilitadores que recibieron el curso de capacitación de la GI-mhGAP que completaron el formulario de retroalimentación digital. Las respuestas se concentraron en una base de datos para analizar el nivel de confianza para la evaluación, manejo y seguimiento del módulo, así como para replicar la capacitación a otros profesionales de salud del primer nivel de atención. A su vez, se realizó un análisis semántico de sus opiniones y sugerencias. La Fase 2: se centró en la descripción de la opinión de 10 especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, mediante la realización de entrevistas estructuradas. Las respuestas fueron analizadas por el entrevistador y el tutor, el análisis descriptivo se realizó en Excel.

Resultados: Fase 1: El 70.04% (n=456) de los facilitadores capacitados, se sintieron confiados para la evaluación de trastornos mentales y conductuales de niños y adolescentes, y el 63.75% (n=415) para el manejo; pero solo la mitad de ellos se sintió confiado para capacitar a otros profesionales, 54.84% (n=357). Los resultados del análisis semántico reflejan la necesidad de mayor capacitación sobre todo en conocimiento de los trastornos. Fase 2: Los especialistas expresaron sugerencias para mejorar las secciones de evaluación, manejo y seguimiento.

Conclusión: Los facilitadores informaron la necesidad de más capacitaciones este módulo para continuar difundiendo estas guías en otros no especialistas. Los especialistas informaron que es necesario realizar modificaciones en todo el módulo.

Términos MeSH: mhGAP, GI-mhGAP, Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, facilitadores, trainers, Child and Adolescent Psychiatry.

ÍNDICE GENERAL

INTRODUCCIÓN	5
MARCO TEÓRICO	6
PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	14
JUSTIFICACIÓN	14
OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS	15
MATERIAL Y MÉTODOS	15
Tipo de diseño	15
Muestra	15
Variables	16
Procedimiento	17
Instrumentos de medición	18
Análisis estadístico	18
Consideraciones éticas	19
RESULTADOS	20
FASE 1. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE RETROALIMENTACIÓN	20
FASE 2. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS	25
DISCUSIÓN	35
FASE 1. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE RETROALIMENTACIÓN	35
FASE 2. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS	36
CONCLUSIONES	39
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES	40
REFERENCIAS	41
ANEXOS	46

GRÁFICAS Y TABLAS

Gráfica 1 Muestra de facilitadores (N=562).	20
Gráfica 2 Calidad general de esta capacitación.....	21
Gráfica 3 Duración de esta capacitación	21
Gráfica 4 El contenido/ instrucciones de los facilitadores fueron:	21
Gráfica 5 ¿Pudo resolver sus dudas con respecto al mismo módulo del curso virtual?	21
Gráfica 6 ¿Se siente usted en capacidad de evaluar esta condición en su práctica clínica cotidiana?	22
Gráfica 7 ¿Se siente usted en capacidad de manejar esta condición en su práctica clínica?	22
Gráfica 8 ¿Se siente usted en capacidad para replicar este módulo y capacitar a personal de primer nivel de atención?	23
Gráfica 9 ¿Qué fue lo que más le gustó, o lo que fue lo más útil en este módulo?	23
Gráfica 10 ¿Qué aprendió de este módulo que piensa que puede serle útil en su trabajo? ...	24
Gráfica 11 ¿Hubo algo que no entendió bien durante este módulo? Por favor proporcione ejemplos específicos.....	24
Gráfica 12 Considerando tanto el módulo del curso virtual, como esta sesión con expertos, ¿qué sugeriría para mejorar la capacitación de este tema?	25
Tabla 1 Características sociodemográficas de los participantes.....	25

ABREVIATURAS

MNS: Mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias.

OMS: Organización Mundial de la Salud.

mhGAP: Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental.

GI-mhGAP: Guía de Intervención del programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental.

MCON: Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente.

OPS: Organización Panamericana de la Salud.

TDAH: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad.

INTRODUCCIÓN

Los trastornos mentales, neurológicos y por el consumo de sustancias (MNS) representan el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mortales. Para el caso de niños y adolescentes, se estima que alrededor de 1 de cada 5 es diagnosticado con un trastorno mental y esto pueden tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo, además tiende a ir asociado a diversos problemas sanitarios y sociales. La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) estima que los recursos que se han proporcionado para afrontar esta enorme carga son insuficientes, y que estos se distribuyen desigualmente y se usan de modo ineficiente. Se estima que solo 1% del personal sanitario mundial se enfoca en la salud mental y el 60% del presupuesto asignado a salud mental es destinado a hospitales psiquiátricos en lugar de servicios basados en la comunidad. En México, existen 10.9 trabajadores de salud por cada 100,000 habitantes con un promedio de 3.68 Psiquiatras y 0.69 Psiquiatras Infantiles y de la Adolescencia por cada 100,000 habitantes menores de 15 años.

Aunque existe una idea ampliamente compartida, pero errónea, con respecto a que todas las intervenciones en salud mental son sofisticadas y que solo pueden ser ofrecidas por personal altamente especializado, la realidad es que, la mayoría de los trastornos MNS pueden ser atendidos por proveedores de atención de salud no especializados. Por ello la OMS lanzó la Guía de Intervención del programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (GI-mhGAP) cuyo propósito es el facilitar las intervenciones por parte de los profesionales no especializados.

En nuestro país se trabaja en una red de capacitación y difusión de estas guías para que puedan ser aplicadas por la mayoría de los proveedores de salud en áreas no especializadas. Este trabajo pretende conocer las experiencias de los facilitadores en la capacitación del módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente (MCON), de la GI-mhGAP, además de conocer la opinión de Psiquiatras Infantiles y de la Adolescencia sobre el mismo, para identificar las principales recomendaciones para la mejora del módulo.

MARCO TEÓRICO

Definición de salud mental

La OMS define la salud mental como un estado de bienestar en el cual el individuo consciente de sus propias capacidades puede afrontar las tensiones normales de la vida, trabajar de forma productiva y fructífera y tener la capacidad para hacer contribuciones a la comunidad ¹.

Datos y cifras

Los trastornos MNS representan el 10% de la carga mundial de morbilidad y el 30% de las enfermedades no mortales. La depresión es uno de los principales trastornos que afecta a la población mundial, siendo una de las causas más importantes de discapacidad. Una persona se suicida en el mundo cada 40 segundos aproximadamente. Las personas con trastornos mentales graves mueren de 10 a 20 años antes que la población general ². Aproximadamente cuatro de cada cinco personas que necesitan atención por trastornos MNS en los países con ingresos bajos y medios-bajos, no la reciben ³. Las intervenciones, aunque estén disponibles, a menudo no se basan en pruebas o en la evidencia, ni son de alta calidad ⁴.

Adolescentes y salud mental

Muchos problemas de salud mental tienden a aparecer al final de la infancia o al comienzo de la adolescencia. Alrededor de 1 de cada 5 niños, niñas y adolescentes es diagnosticado con un trastorno mental. Según los estudios más recientes, los problemas de salud constituyen la principal causa de morbilidad en los jóvenes (en años de vida ajustados en función de la discapacidad). Los trastornos de salud mental, que puede tener efectos importantes en la salud general y el desarrollo del adolescente, tienden a ir asociados a diversos problemas sanitarios y sociales, como un consumo más elevado de alcohol, tabaco y sustancias ilícitas, el embarazo adolescente, el abandono escolar y la asunción de conductas delictivas ⁵.

En todo el mundo, se estima que entre el 10% y el 20% de los adolescentes experimentan trastornos mentales, y estos representan el 16% de la carga mundial de enfermedades y

lesiones en las personas de edades comprendidas entre 10 y 19 años. El suicidio es la tercera causa de muerte para los jóvenes de edades entre los 15 y los 19 años. La mitad de los trastornos mentales comienzan a los 14 años o antes, pero en la mayoría de los casos no se detectan ni se tratan ⁶.

Inversión en salud mental

Los trastornos MNS son prevalentes en todas las regiones del mundo y son importantes factores que contribuyen a la morbilidad y a la mortalidad prematura, sin embargo, los recursos que se han proporcionado para afrontar esta enorme carga son insuficientes, se distribuyen desigualmente y se usan de modo ineficiente ⁷.

La OMS recomienda que el porcentaje de gastos asignados a los servicios de salud mental deben ser proporcional al porcentaje de carga atribuible a estas condiciones. En la Región de las Américas, el gasto en los servicios de salud mental ronda entre el 0,2% y el 8,6%, mientras que el gasto promedio es del 2,0% a pesar de que la carga de enfermedad atribuida a los problemas de salud mental representa el 22% de toda la carga de enfermedad ⁸. Cabe destacar además que 60% del presupuesto asignado a salud mental es destinado a hospitales psiquiátricos en lugar de servicios basados en la comunidad ².

Se estima que solo 1% del personal sanitario mundial se enfoca en la salud mental. La media global de trabajadores en salud mental es de 9 por cada 100,000 habitantes, es decir, hay menos de un trabajador en salud mental por cada 10,000 habitantes. A nivel global hay un psiquiatra por cada 100 000 habitantes. Con ratio de 11.9 psiquiatras en países de altos ingresos y 0.1 en los países de bajos ingresos. Además, la media global es de 0.03 psiquiatra infantil por cada 100.000 habitantes, con un ratio de 1,19 en los países de altos ingresos ^{9, 10}.

En México solo existen 10.9 trabajadores de la salud por cada 100,000 habitantes. En el año 2016, Heinze obtuvo una tasa de 3.68 psiquiatras por cada 100 000 habitantes y previamente en 2012, este mismo autor había estimado una tasa de 3.47 Psiquiatras por cada 100 000 habitantes y de 0.69 Psiquiatras Infantiles y de la Adolescencia sobre una población de 100 000 habitantes menores de 15 años. Por lo que las cifras de psiquiatras en México están muy

por debajo de la tasa recomendada por la OMS, teniendo un número de especialistas en PIA insuficiente para cubrir las necesidades de salud mental del país ^{11,12}.

Implementación del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP)

El Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental (mhGAP) fue lanzado por la OMS en el año 2008. Este programa ofrece a los planificadores de salud, a las instancias normativas, un conjunto claro y coherente de actividades y programas para ampliar la atención de los trastornos MNS. Debido a que existe una idea ampliamente compartida, aunque errónea, con respecto a que todas las intervenciones en salud mental son sofisticadas y que solo pueden ser ofrecidas por personal altamente especializado. La realidad es que la mayoría de los trastornos MNS pueden ser atendidos por proveedores de atención de salud no especializados ⁸.

En el año 2010, la OMS lanzó la Guía de Intervención mhGAP (GI-mhGAP), inicialmente aplicada 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 inglesa. En la Región de las Américas, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) impulsó la utilización de la GI-mhGAP. Debido a que el primer país en incorporarse a este proyecto fue Panamá, esto permitió iniciar la implementación del programa y su posterior diseminación en otros países de América Latina. A fines del año 2014, veinte países de la Región se habían capacitado en todas o en algunas de las condiciones de la GI-mhGAP ⁸.

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 (OMS 2010)

La GI-mhGAP fue elaborada para ser aplicada en el nivel de atención de salud no especializada, está dirigida a los profesionales de atención de salud que trabajan en los establecimientos del primer y del segundo nivel. Otros profesionales de atención sanitaria no especializada pueden usar la GI-mhGAP con la adaptación necesaria. La GI-mhGAP es breve con el propósito de facilitar las intervenciones por parte de los profesionales no especializados,

en los países con ingresos bajos y medios-bajos. Describe en detalle qué hacer, pero no entra en las descripciones sobre cómo hacerlo. Por ello, es importante que estos profesionales reciban capacitación y luego sean supervisados y apoyados en la aplicación de la GI-mhGAP para evaluar y atender a las personas con trastornos MNS. Aunque la GI-mhGAP es implementada principalmente por personal no especializado, los especialistas también pueden encontrarla de utilidad para su trabajo. Esta versión fue usada más comúnmente, como una herramienta clave en un enfoque progresivo para ampliar a mayor escala los servicios de salud mental a nivel regional, y nacional; como una herramienta destinada a fortalecer la capacidad de una amplia gama de profesionales y para profesionales de la salud; y como una guía de referencia para elaborar y actualizar programas de estudios de pregrado y posgrado para profesionales de la salud salud ⁴.

La GI-mhGAP se centra en condiciones prioritarias de salud mental, desarrollados en once módulos compuestos por: depresión, psicosis, trastorno bipolar, epilepsia /crisis epilépticas, trastornos del desarrollo y trastornos conductuales en la infancia, demencia, uso de alcohol y uso de drogas, autolesión/suicidio y otros síntomas emocionales significativos o padecimientos no justificables medicamente. Para el área de psiquiatría infantil y de la adolescencia, competen los módulos de trastornos del desarrollo y trastornos de la conducta.

Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0 (OMS 2017)

Las actualizaciones principales de la GI-mhGAP 2.0 consistieron en: la actualización del contenido de diversas secciones sobre la base de la nueva evidencia, la retroalimentación y las recomendaciones de los usuarios del mhGAP; el uso de un modelo algorítmico vertical; la inclusión de un nuevo algoritmo para el seguimiento en todos los módulos; la inclusión de dos módulos nuevos: “Atención y prácticas esenciales de salud” y “Aplicación de la GI-mhGAP”; y la inclusión de módulos revisados sobre “Psicosis”, “Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente” y “Trastornos por consumo de sustancias” ¹³.

El módulo de COMN abarca la evaluación y el manejo de los trastornos del desarrollo (incluye discapacidad intelectual y los trastornos en el espectro del autismo), trastornos conductuales

(incluye el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y trastornos de la conducta) y trastornos emocionales en niños y adolescentes.

Implementación de la GI-mhGAP a nivel mundial

La GI-mhGAP es una guía modelo, por lo que es esencial que sea adaptada a las situaciones nacionales o locales específicas. La aplicación de la GI-mhGAP requiere idealmente la acción coordinada de expertos y administradores en materia de salud pública y de especialistas orientados a la salud pública ¹³. Diversos estudios han informado sobre la implementación y/o utilización de la GI-mhGAP en todo el mundo. Diferentes tipos de personal han sido capacitados y/o han utilizado la GI-mhGAP en la práctica clínica.

En una revisión de la literatura gris, Spagnolo (2021) encontró que la GI-mhGAP fue implementada y / o utilizada en el 18,68% de los países de ingresos bajos, el 31,87% de ingresos medianos bajos, el 31,87% de ingresos medianos altos y el 17,58% de ingresos altos. Además, se encontró que la mayoría de los países que implementaron y / o utilizaron la GI-mhGAP fueron los de la Región de las Américas de la OMS (33,33%). Otros países incluyeron: 28,74% de la Región de África de la OMS; el 11,49% de la Región del Mediterráneo Oriental de la OMS; 11,49% de la Región de Europa de la OMS; el 8,05% de la Región de Asia Sudoriental de la OMS; y el 6,90% de la Región del Pacífico Occidental de la OMS ¹⁴.

En una revisión sistémica, Keynejad (2017), narran cómo la GI-mhGAP ha sido adoptada con entusiasmo por los médicos, el gobierno, ministerios, formadores, educadores y académicos en una variedad de países de bajos y medianos ingresos ¹⁵.

Implementación en Latinoamérica

Argentina. En el año 2018, la Dirección Nacional de Salud Mental y Adicciones (Secretaría de Gobierno de Salud, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación) y la OPS acordaron impulsar la Estrategia mhGAP como una de las líneas prioritarias de capacitación destinadas al Primer Nivel de Atención, con el objetivo de avanzar con el cumplimiento de la Ley Nacional de Salud Mental y la implementación de la Cobertura Universal de Salud promovida por el

Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación. Es ese marco se comenzó el proceso de aplicación efectiva de la iniciativa mhGAP en Argentina, dividido en cinco etapas. Logrando hasta septiembre del 2019 capacitar a 553 profesionales entrenados en mejorar las habilidades de intervención en el primer nivel de atención en temas de salud mental ¹⁶.

Chile. Desde el año 2015 el ministerio de salud de Chile trabaja junto a la OPS en un proceso sistemático dirigido a implementar el mhGAP. Como parte de ese esfuerzo, la OPS compartió los materiales del mhGAP en español y ofreció apoyo técnico, mientras el ministerio de salud incorporó los módulos de la GI-mhGAP, previa revisión y adaptación, en el Programa de Capacitación y Formación de la Atención Primaria en Salud en la Red Asistencial. Para ello, se implementó un proceso de capacitación en cascada, progresivo en el tiempo, del tipo conocido como entrenamiento de entrenadores (*training of trainers*). Cada año se capacitó en la capital, Santiago, a equipos locales de tres o cuatro profesionales de la red de servicios de salud en las Jornadas Nacionales de Salud Mental. Posteriormente, estos profesionales entrenados dispusieron de los recursos necesarios para capacitar a trabajadores de sus territorios mediante réplicas locales de esos cursos de entrenamiento. Hasta agosto del 2020, se habían capacitado más de 200 entrenadores y, en sus tres ediciones (2016, 2017 y 2018), cerca de 5000 profesionales y técnicos habían recibido entrenamiento ¹⁷.

México. En colaboración con la OPS, la Facultad de Psicología de la UNAM y los Servicios de Atención Psiquiátrica, la Secretaría de Salud de México ha estado trabajando desde el año 2019 en la implementación de la GI-mhGAP, con el fin de reforzar el primer nivel de atención y poder ofrecer una mayor cobertura en salud mental a su población. Para ello se formó un Equipo Central, encargado de coordinar el proceso. En una primera fase de planificación, se realizó un mapeo de servicios, un análisis situacional de las unidades de salud mental en México, un análisis sobre los mecanismos de suministro de medicamentos, una adaptación de la GI-mhGAP y la estandarización de los materiales de capacitación. Después de un primer pilotaje de los materiales adaptados en los estados de Guerrero, Coahuila, Michoacán y Chiapas, la Secretaría de Salud inició el proceso de capacitación a nivel nacional, contando a la fecha con 5.876 personas capacitadas en el primer nivel de atención, pertenecientes a todos los estados de la federación. El objetivo es alcanzar la capacitación del 100% del personal del

primer nivel de atención para el año 2024, haciendo así accesibles los servicios de salud mental a toda la población mexicana ^{18,19,20,21}.

La implementación y/o uso de la mhGAP ha permitido capacitar a diverso personal sobre Trastornos MNS, si bien las barreras contextuales y los facilitadores pueden influir en la implementación y / o uso del mhGAP-IG, y los organizamos de acuerdo con las características estructurales, organizativas, del proveedor, del paciente y de la innovación ¹⁴.

Evaluación de las guías de intervención mhGAP

Se ha documentado información sobre la evaluación de la GI-mhGAP. Los resultados incluyeron: viabilidad de implementar y / o usar la GI-mhGAP, su cobertura, su impacto en las capacidades del personal, los resultados de los pacientes y las políticas, así como los costos del programa ¹⁴. Acorde a Keynejad (2017), a pesar de la implementación de la GI-mhGAP en 90 países, la literatura está dominada por estudios de una pequeña proporción, lo que indica que gran parte de la implementación no se evalúa o las evaluaciones no han sido tan ampliamente compartidas como podrían ser. En algunos casos, los recursos relativamente limitados de las evaluaciones de conocimientos previos y posteriores a la formación pierden la oportunidad de investigación de implementación contextual que analice los desafíos mundiales reales para la adopción generalizada y la ampliación ¹⁵.

Para México, en un estudio publicado en 2019, realizado en Jalisco, donde participaron 40 profesionales de salud no especialistas en salud mental, teniendo como objetivo el examinar la efectividad de un curso de capacitación basado en las pautas de la OMS-mhGAP para aumentar el conocimiento y la preparación para la identificación y manejo de la depresión y el riesgo de suicidio en la atención primaria en México, se encontró que antes de la capacitación, los médicos tenían un conocimiento adecuado de la depresión y su tratamiento, pero no sobre el modelo mhGAP y / o la gestión del riesgo de suicidio, que aumentó al final de la capacitación (mhGAPpre: 7.91 vs. mhGAPpost: 8.77, $p=0.01$; SuicidePRE: 29.16 versus SuicidePOST: 39.24, $p=0.0001$) ²². Adicionalmente se ha referido que, para México, los programas de salud mental en la atención primaria de salud se pueden implementar cuando

se cuenta con estructuras de supervisión y apoyo adecuadas y se dispone de recursos clave ²³.

Evaluación del módulo Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente

En Chile, algunos estudios han evaluado la relevancia e impacto de la GI-mhGAP en la prestación de servicios de salud mental y en la implementación del programa, donde los participantes evaluaron positivamente la implementación progresiva de la GI-mhGAP en Chile, en particular, calificaron de los módulos más importantes a los trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente solo precedido por el módulo de autolesión/suicidio ¹⁷, ²⁴.

Por otro lado, se ha informado de situaciones que han impedido la implementación de las guías, por ejemplo, en Argentina, el módulo de Trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente de la GI-mhGAP, no fue incluido en los entrenamientos de entrenadores ni en las capacitaciones al Primer Nivel de Atención. Esto fue decidido desde el nivel central, y contó con el apoyo de numerosas autoridades jurisdiccionales, ya que se observó que el abordaje propuesto para el módulo en cuestión, no se adecuaba a los lineamientos propuestos por la Dirección Nacional de Salud Mental, pudiendo generar intervenciones sesgadas, centradas en los aspectos patológicos de la persona ¹⁶.

Humayun (2014) realizó un estudio sobre implementar la capacitación de la GI-mhGAP para fortalecer los servicios existentes para una población desplazada internamente en Pakistán, se reportó que el módulo MCON incluyó información de tres módulos de la GI-mhGAP: (1) marco general de trabajo con niños; (2) retraso mental; y (3) trastornos de la conducta. Los debates se centraron en el manejo de la conducta de los niños con problemas de salud mental y la psicoeducación de los padres de niños con discapacidad. A pesar de que los resultados del análisis sugirieron niveles alentadores de conocimientos básicos de salud mental, las excepciones fueron preguntas relacionadas con los principios generales de atención; salud mental de niños y adolescentes; y riesgo de suicidio. Si bien en la evaluación posterior a la prueba si mostró mejoría en la adquisición de nueva información sobre los MCON ²⁵.

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

Dada la necesidad de la implementación de la GI-mhGAP en nuestro país, surgió la Red Nacional de Facilitadores para capacitar a los profesionales no especializados en salud mental en el primer nivel de atención. El analizar las experiencias expresadas por los facilitadores capacitados en la GI-mhGAP aunado a la opinión de especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia, permitirá identificar las principales recomendaciones para la mejora del módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente.

Pregunta de investigación: ¿Cuáles son las experiencias expresadas por los facilitadores capacitados en la GI-mhGAP del módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente y cuál es la opinión de especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia sobre el mismo?

JUSTIFICACIÓN

Hace ya una década que surge la estrategia GI-mhGAP por parte de la OMS y en México desde el 2019 se trabaja capacitando en las GI-mhGAP a facilitadores en áreas no especializadas, con el fin de replicar la información y capacitar al mayor número de personal de primer nivel de atención ^{18,19,20}. Si bien la actividad de capacitar en la GI-mhGAP ha sido realizada en varios países, las experiencias del personal capacitado es algo poco estudiado a nivel mundial, y en nuestro país no existen estudios de este tipo. En la actualidad se cuenta con una base de datos de la retroalimentación expresada por las diferentes generaciones de facilitadores capacitados ²¹, tratándose de un proyecto factible.

Por lo que este trabajo se centra en analizar las experiencias expresadas por los facilitadores capacitados en la GI-mhGAP sobre el módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente; y adicionalmente, pretende conocer cuál es la opinión de especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia sobre el mismo. Y con base en lo anterior, identificar las principales recomendaciones para mejora del módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente de la GI-mhGAP.

OBJETIVOS GENERAL Y ESPECÍFICOS

Objetivo General: Analizar cuáles son las experiencias expresadas por los facilitadores capacitados en la GI-mhGAP sobre el módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente, y describir cuál es la opinión de especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia sobre el mismo.

Objetivos Específicos:

- a) Analizar las opiniones del módulo de la GI-mhGAP de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente expresadas en los formularios de retroalimentación de los facilitadores capacitados.
- b) Analizar el módulo de la GI-mhGAP de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente a través de entrevistas semiestructuradas con especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.
- c) Identificar las principales recomendaciones para mejora del módulo trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente de la GI-mhGAP.

MATERIAL Y MÉTODOS

El proyecto se desarrolló en dos fases, las cuales se describen a continuación:

Tipo de diseño

Fase 1: se trata de estudio cuantitativo, transversal.

Fase 2: se trata de estudio cualitativo, narrativo.

Muestra

Fase 1: Se trata de un muestreo no probabilístico por conveniencia. La muestra quedó conformada por los facilitadores capacitados, que respondieron el formulario en línea que recibieron posterior a la capacitación de la GI-mhGAP realizada en un formato a distancia, coordinada por el Equipo Central de Capacitación.

La muestra analítica se determinó a través de los siguientes criterios:

- a) Criterios de inclusión: Cualquier facilitador inscrito en la 1°, 2° 3° o 4° generación del GI-mhGAP”.
- b) Criterios de exclusión: Facilitador que no sea parte de la convocatoria.
- c) Criterio de eliminación: Facilitador que cuente con datos incompletos en el formulario de retroalimentación.

Fase 2: En el caso de los especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia la muestra quedó conformada por expertos, con los siguientes criterios:

- 1) Criterios de inclusión: Cualquier los especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia que desee participar.
- 2) Criterios de exclusión: los especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia que no tengan práctica clínica.
- 3) Criterios de exclusión: Se utilizó el criterio de saturación teórica.

Variables

Edad

Definición conceptual: Tiempo que ha vivido una persona.

Definición operacional: Tiempo en años que ha ocurrido desde el nacimiento hasta la fecha de aplicación del formulario de retroalimentación.

Medida: Años.

Tipo de variable: Cuantitativa continua. Independiente.

Sexo

Definición conceptual: Características biológicas que diferencia los machos de las hembras de una especie.

Definición operacional: características biológicas que definen al ser humano como hombre o mujer y que el participante registra en el formulario de retroalimentación.

Medida: 1. Hombre 2. Mujer

Tipo de variable: Cualitativa Nominal dicotómicas. Independiente.

Experiencias expresadas por los facilitadores capacitados

Definición conceptual: Circunstancia o acontecimiento vivido por una persona.

Definición operacional: análisis de los contenidos de los formularios de retroalimentación del módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente, donde los facilitadores capacitados expresan su percepción de la evaluación, manejo y capacitación de estas condiciones.

Opinión de expertos

Definición conceptual: una opinión informada de personas con trayectoria en el tema, que son reconocidas por otros como expertos cualificados en éste, y que pueden dar información, evidencia, juicios y valoraciones ⁴³.

Definición operacional: Juicios o conceptos de los Psiquiatras Infantiles y de la Adolescencia respecto al módulo MCON del mhGAP-IG versión 2.0 que exponen en la plantilla para adaptar el mhGAP-IG versión 2.0.

Procedimiento

El presente estudio deriva del estudio *“Modelo de capacitación, evaluación y supervisión en atención integral de trastornos prioritarios de salud mental y adicciones, desde una perspectiva de Atención Comunitaria en salud mental”* a cargo de la Dra. Lilia Albores Gallo y la Dra. Claudia Iveth Astudillo García, quedando registrado ante la División de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro", el presente estudio fue registrado ante la misma División (Anexo 1), el cual estuvo dividido en 2 fases. En la primera fase se tomó la muestra por disponibilidad, seleccionando los registros de la base de datos del proyecto principal de aquellos participantes que cumplan con los criterios de inclusión y se realizó el análisis descriptivo de los resultados. La segunda fase consistió en desarrollar una Plantilla para adaptar la GI-mhGAP versión 2.0 la cual fue empleada para efectuar una entrevista semiestructurada a los especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia con una muestra por disponibilidad y con la información obtenida, se realizó el análisis descriptivo de los resultados. Una vez obtenida la información de las dos fases, se procedió a la elaboración de recomendaciones para la mejora del módulo. Toda la información obtenida quedó bajo resguardo de la investigadora y fue manejada de manera confidencial para cada participante.

Instrumentos de medición

Fase 1:

Formulario de retroalimentación (Anexo 2). Instrumento que contiene 11 preguntas, las primeras 7 preguntas corresponden a escala tipo Likert y las 4 últimas son preguntas abiertas para ser contestadas a juicio del participante. Fue elaborada en idioma español por Equipo Central de Capacitación del mhGAP. Fue creada una versión electrónica, ingresando por un link proporcionado a los participantes, para su llenado.

Fase 2:

Plantilla para adaptar el módulo de Trastornos Mentales y Conductuales del Niño y el Adolescente (Anexo 3). Basada en la Plantilla para adaptar la GI-mhGAP versión 2.0, la cual fue elaborada en idioma español por Equipo Central de Capacitación del mhGAP. Este instrumento fue diseñado para ser aplicado a expertos, con la finalidad de hacer factible la aplicación de la GI-mhGAP, incluido sus componentes de evaluación y manejo, en todo el sistema local de salud, así como:

- Conseguir que la GI-mhGAP sea aceptable en el contexto sociocultural local.
- Usar términos locales para mejorar la comunicación con los usuarios y los cuidadores.
- Aclarar las vías/rutas de derivación o referencia de pacientes.
- Elaborar materiales compatibles con las directrices para el tratamiento y las políticas nacionales pertinentes, según proceda.
- Proporcionar una base para la elaboración de programas de capacitación y herramientas apropiados.
- Asegurar que los indicadores de vigilancia y la evaluación concuerden con los sistemas nacionales de información sanitaria.

Análisis estadístico

Fase 1:

Las respuestas se concentraron en una base de datos y se analizaron utilizando la paquetería ‘topicmodel’ (Grün & Hornik, 2011) y ‘tidytext’ en R (R Core Team, 2020), el análisis descriptivo se realizó en Excel.

Fase 2:

Las entrevistas de los expertos se registraron en las Plantillas para adaptar la GI-mhGAP versión 2.0, esto permitió la identificación de categorías acorde a la guía misma y las respuestas fueron analizadas por el entrevistador y la tutora, el análisis descriptivo se realizó en Excel.

Consideraciones éticas

El presente trabajo se sustentó dentro del marco legal en el Reglamento de la Ley General de Salud en Materia de Investigación para la Salud.

ARTÍCULO 17.- Se considera como riesgo de la investigación a la probabilidad de que el sujeto de investigación sufra algún daño como consecuencia inmediata o tardía del estudio. El trabajo realizado cuenta con un nivel de riesgo: RIESGO MÍNIMO.

El proyecto original (Anexo 4) y el presente proyecto, fueron revisados y aprobados por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro" (Anexo 5). Además, se realizó un consentimiento informado, mediante el cual el sujeto de investigación autorizó su participación por escrito en la investigación, con pleno conocimiento de la naturaleza de los procedimientos y riesgos a los que se someterá, con la capacidad de libre elección y sin coacción alguna (Anexo 6). La información que se obtuvo fue confidencial y no representó ningún riesgo para el participante ni el investigador. Los participantes no pagaron por participar ni recibieron ninguna gratificación por entrar en el estudio. La participación fue únicamente voluntaria y con la posibilidad de retirarse del estudio en cualquier momento.

La información obtenida en este protocolo fue utilizada únicamente para fines de investigación, los datos no son de uso del dominio público, la información quedó bajo resguardo por el encargado de la investigación y fue absolutamente confidencial. En ninguna publicación que resulte de dicha investigación se dio a conocer la identidad de los participantes.

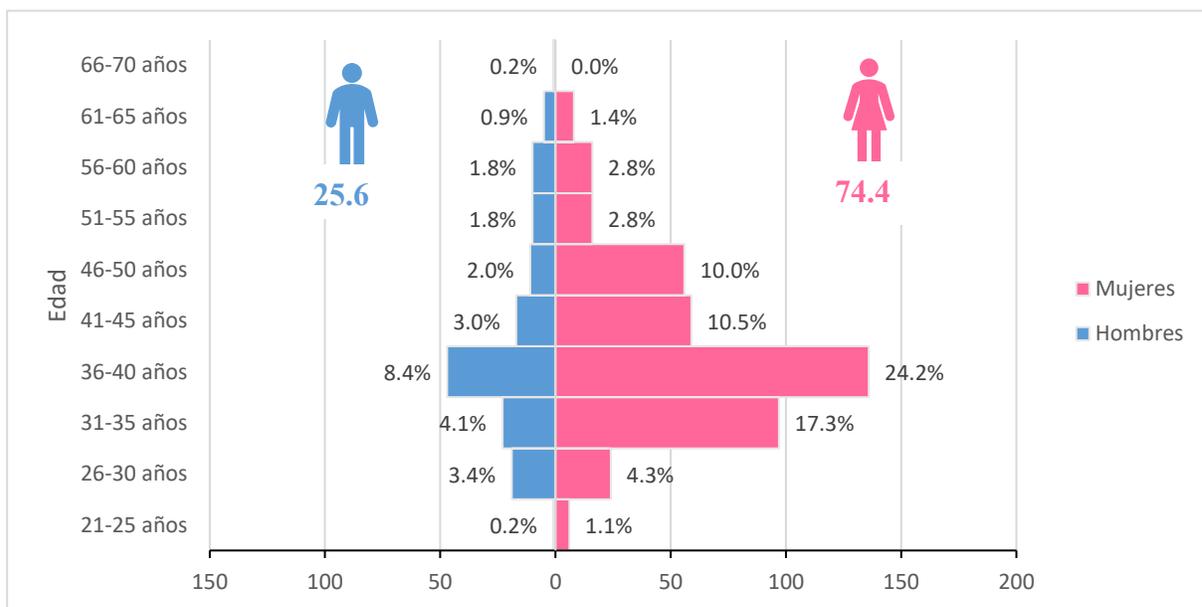
RESULTADOS

Los resultados se presentan en dos secciones, la primera desglosa los resultados del formulario de “Retroalimentación del módulo” contestado por cada participante al término de la capacitación y que corresponde a la fase 1 de este trabajo. La segunda sección, presenta descriptivamente, los resultados de las entrevistas semiestructuradas de los especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia.

FASE 1. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE RETROALIMENTACIÓN

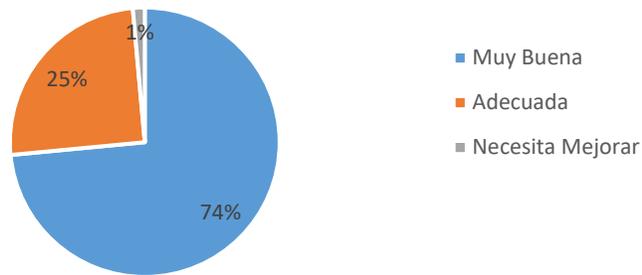
Un total de 562 registros conformaron la muestra de facilitadores, 418 (74.4%) mujeres y 144 (25.6%) hombres, cuya edad promedio fue de 40 años (SD=8.3), con edad mínima de 23 años y edad máxima de 67 años (Gráfica1).

Gráfica 1 Muestra de facilitadores (N=562).

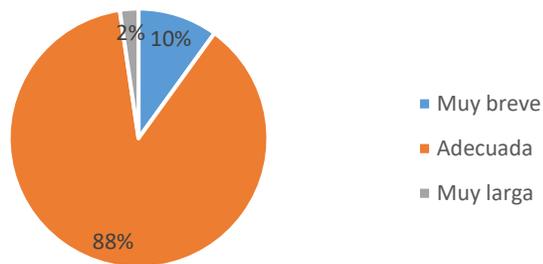


Por otra parte, el formulario incluyó preguntas sobre aspectos generales de la capacitación, incluyendo calidad, duración, contenido y dudas, los resultados se muestran en las gráficas 2, 3, 4 y 5.

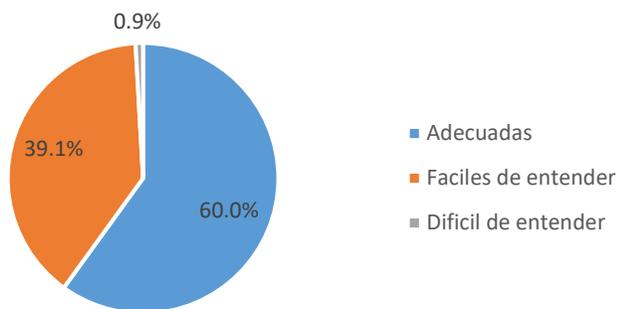
Gráfica 2 Calidad general de esta capacitación.



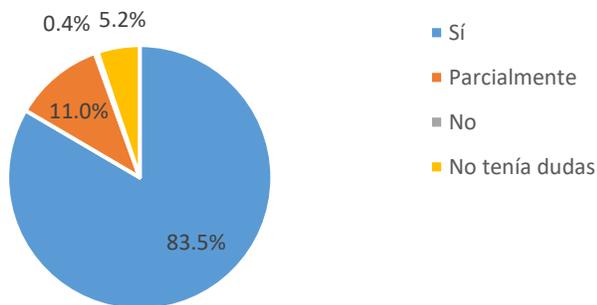
Gráfica 3 Duración de esta capacitación



Gráfica 4 El contenido/ instrucciones de los facilitadores fueron:

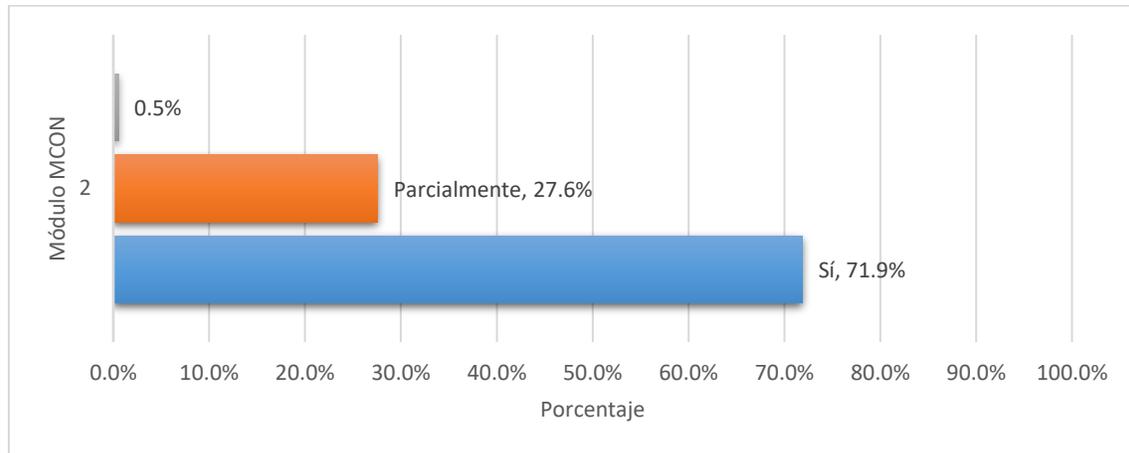


Gráfica 5 ¿Pudo resolver sus dudas con respecto al mismo módulo del curso virtual?

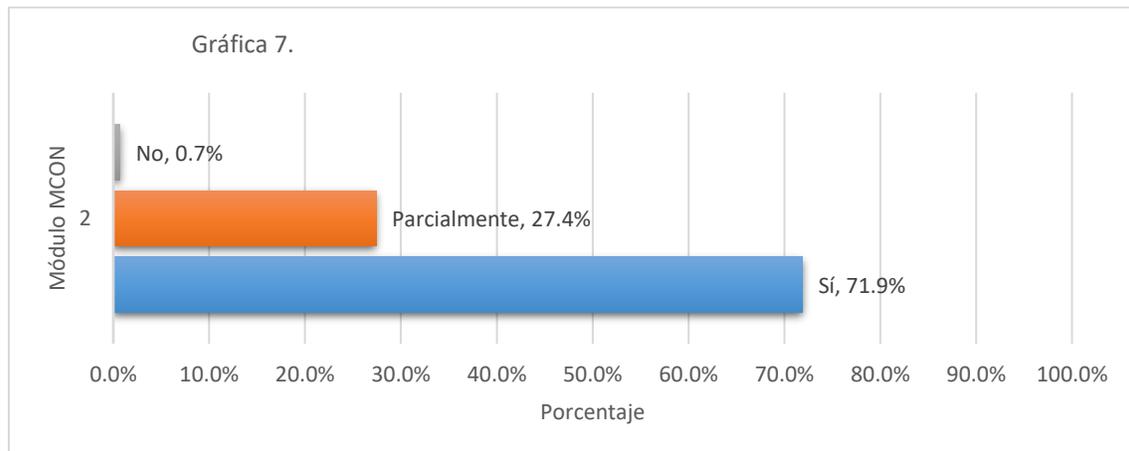


En la pregunta correspondiente a la capacidad que percibe el participan de evaluar a los TMNN, el 71.9% respondió afirmativamente, mientras que el 27.6% mencionó percibirse parcialmente capaz (Gráfica 6). Valores similares fueron obtenidos en la pregunta correspondiente a la capacidad que percibe el participan manejar estos trastornos (Gráfica 7).

Gráfica 6 ¿Se siente usted en capacidad de evaluar esta condición en su práctica clínica cotidiana?

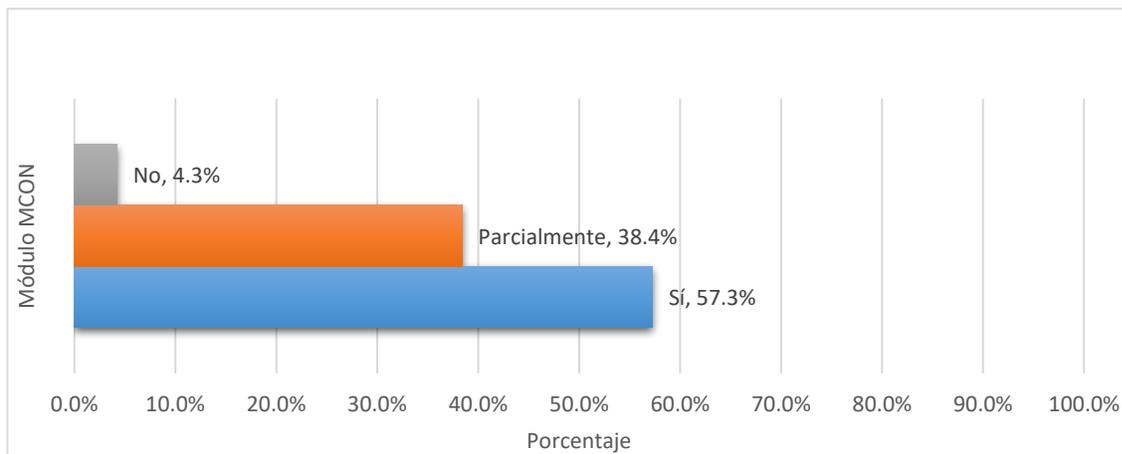


Gráfica 7 ¿Se siente usted en capacidad de manejar esta condición en su práctica clínica?



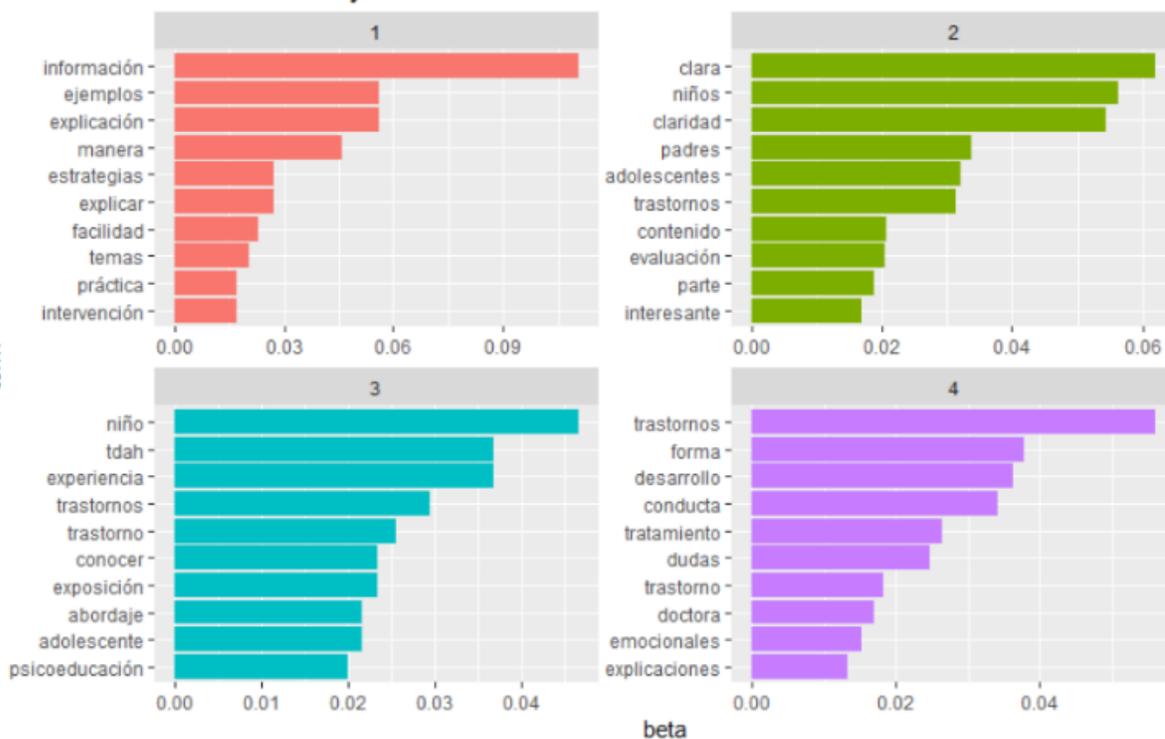
Sin embargo, en la pregunta sobre si los participantes se sienten con la capacidad de replicar el módulo y capacitar al personal de atención de primer nivel, poco más de la mitad, el 57.3% respondió que sí se sentían capaces, otro porcentaje importante, el 38.4%, respondió sentirse parcialmente capaz (Gráfica 8).

Gráfica 8 ¿Se siente usted en capacidad para replicar este módulo y capacitar a personal de primer nivel de atención?

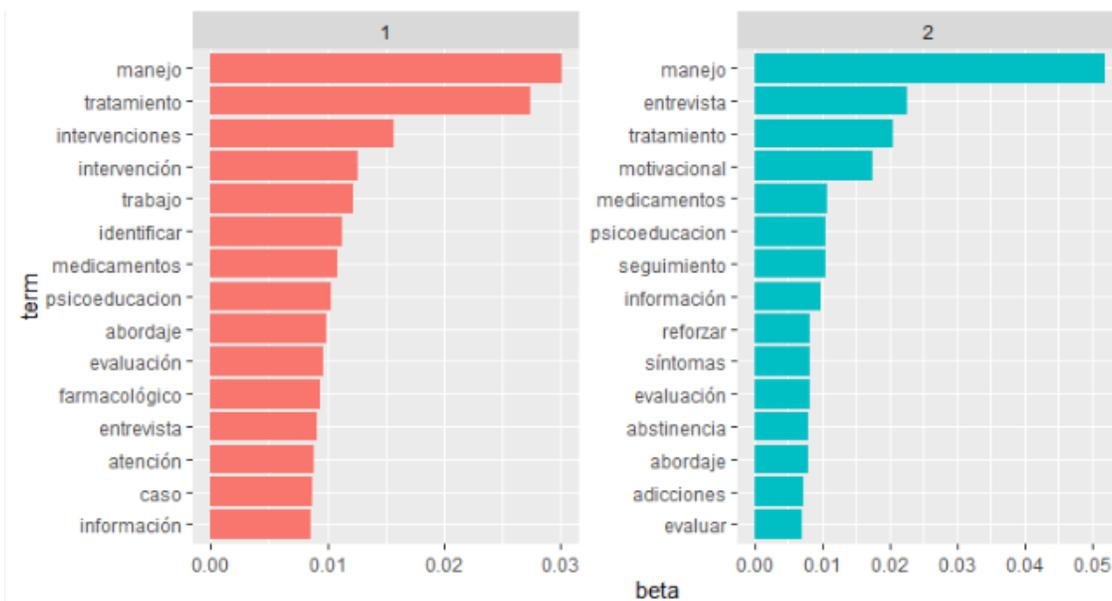


Adicionalmente, para el resto de las preguntas se llevó a cabo un análisis semántico, donde los resultados indicaron que, si bien, la información otorgada en la capacitación resultó del agrado y utilidad para los facilitadores (Gráfica 9); en especial el entrenamiento para identificar, evaluar y realizar intervenciones psicosociales (Gráfica 10). Se evidenció también la necesidad de ampliar la capacitación sobre los trastornos de niños y adolescentes (Gráfica 11).

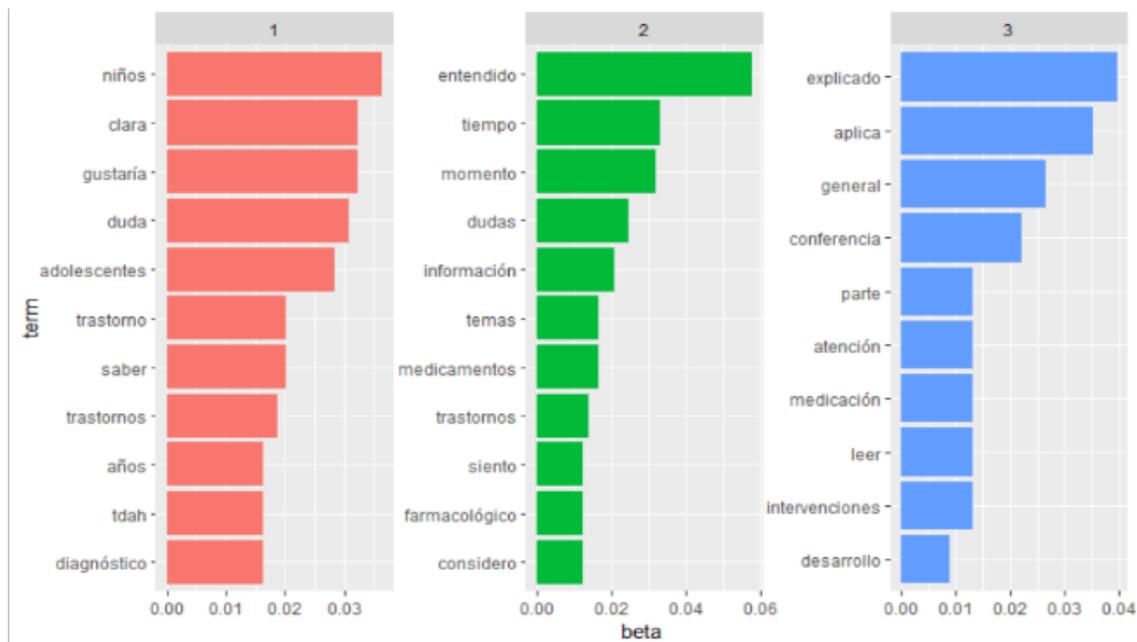
Gráfica 9 ¿Qué fue lo que más le gustó, o lo que fue lo más útil en este módulo?



Gráfica 10 ¿Qué aprendió de este módulo que piensa que puede serle útil en su trabajo?

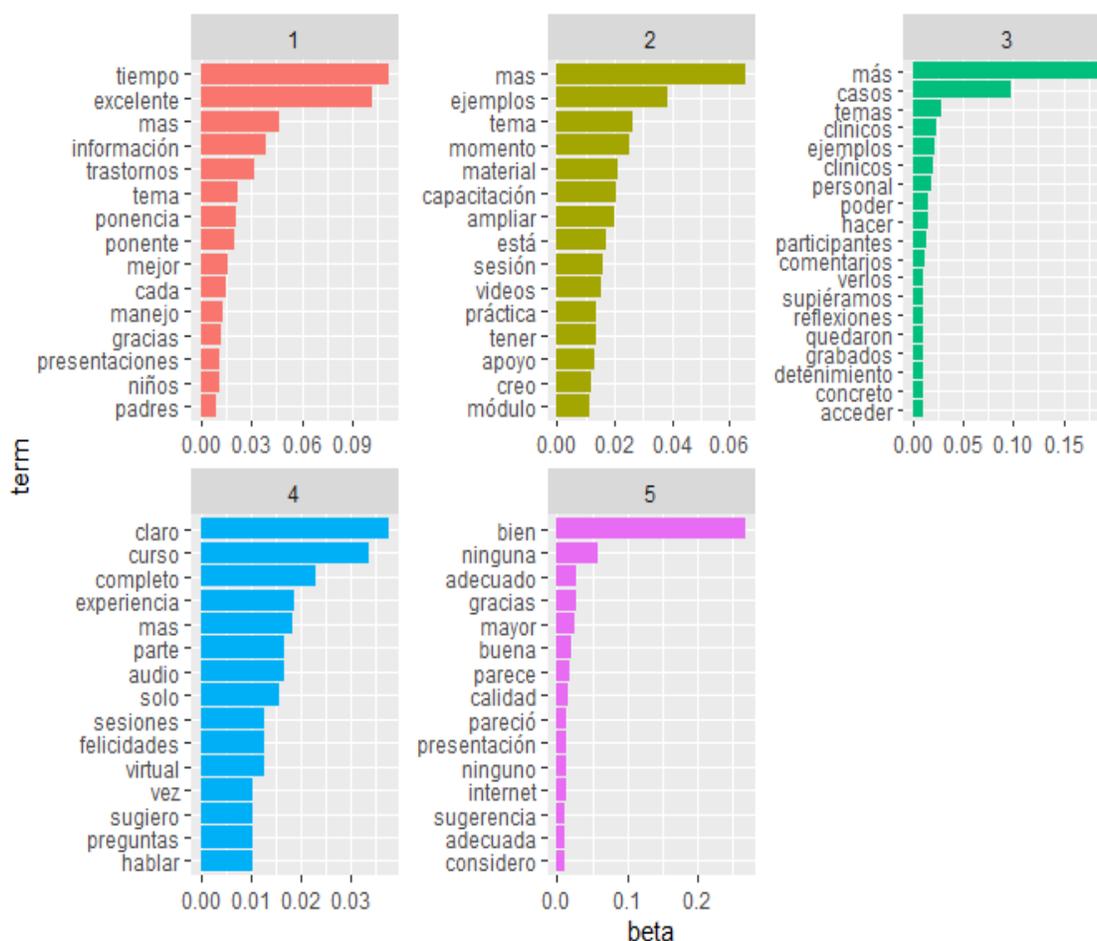


Gráfica 11 ¿Hubo algo que no entendió bien durante este módulo? Por favor proporcione ejemplos específicos.



En relación con la pregunta de mejoras en la capacitación, el análisis reflejó la importancia de extender la duración de la capacitación, contar con más ejemplos y casos clínicos, profundizar en el tratamiento farmacológico y reducir los problemas técnicos con la plataforma (Gráfica 12).

Gráfica 12 Considerando tanto el módulo del curso virtual, como esta sesión con expertos, ¿qué sugeriría para mejorar la capacitación de este tema?



FASE 2. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

Para esta fase, se realizaron 10 entrevistas a Psiquiatras Infantiles y de la Adolescencia, sus datos sociodemográficos y profesionales de muestran en la Tabla 1, con el objetivo de conocer su opinión sobre el módulo de MCON de la GI-mhGAP.

Tabla 1 Características sociodemográficas de los participantes

Características sociodemográficas		N	%
		10	
Sexo	Hombres	5	50
	Mujeres	5	50
Edad	35-44 años	7	70
	45-54 años	1	10
	55-64 años	2	20

Experiencia clínica	<10 años	6	60
	11-20 años	2	20
	21-30 años	1	10
	> 30 años	1	10
Otros estudios de postgrado (Maestría)	NO	5	50
	SI	5	50

La muestra quedó conformada por participantes de la CDMX con práctica clínica adscritos a diferentes instituciones públicas de la Secretaría de Salud. Se trató de entrevistas semiestructuradas, utilizando de base la plantilla diseñada para este trabajo, las respuestas fueron analizadas posteriormente. Se generaron cinco categorías emergentes, a su vez, divididas en subcategorías.

1. Opinión general
2. Esquema principal
 - a. Trastornos incluidos
 - i. Trastornos del desarrollo
 - ii. Trastornos de la conducta
 - iii. Trastornos emocionales
 - b. Manifestaciones comunes
3. Evaluación
 - a. Diagramas de flujo
 - b. Manifestaciones de urgencias
 - c. Enfermedades físicas que pueden asemejarse
4. Manejo
 - a. Protocolos
 - i. psicofármacos
 - b. intervenciones psicosociales
 - i. psicoeducación
 - ii. terapia psicológica
5. Seguimiento
 - a. Para determinar si hay mejoría
 - b. Evaluaciones de rutina
 - c. Monitoreo del tratamiento farmacológico

1. OPINION GENERAL

Se les solicitó a los entrevistados que emitieran una opinión general acerca del módulo MCON de la GI-mhGAP, al analizar la respuesta se encontró que en la mitad de los especialistas (n=5) el módulo fue bien recibido y aceptado, esto al emitir comentarios favorables.

“Útil, puesto que lleva al que entrevista o al que diagnóstica, por un camino bastante certero para considerar factores personales ambientales y al mismo entrevistador”.

“Creo que está completo y es suficiente para cubrir el objetivo de la guía”.

Si bien en el resto de los entrevistados (n=5), los comentarios evidenciaron una crítica negativa al módulo de MCON.

“No esta actualizado, puede ser demasiado general. No tiene especificidades acordes justamente con el tipo de población, son cuestiones que se pueden tomar de manera general de cosas en adultos igual que en niños. Al ser tan general se corre el riesgo de no hacer una evaluación más específica que discrimine cosas más específicas”.

“Esta todo revuelto, pensaron que como eran niños podían ver todo en un solo modulo. Parece un champurrado de cosas. Valdría la pena más hacer dos módulos a lo mejor de depresión y TDAH y no ser tan ambicioso si no se quería ocupar tanto espacio. Así como esta no me parece útil, me parece que podría dejar más confundido al personal, de lo que podría aportar, mi sugerencia es que se dividiera, se separa. Una cosa es hacer una valoración integral de un chico como tal eso si podría quedar en conjunto y otras es dejar los tres grupos de posibles patologías que se pueden presentar y desglosarlos por separado”.

Varias opiniones confluyeron en algunos temas, por ejemplo, el 90% de los entrevistados observaron que había vicisitudes con la traducción de las palabras, la forma de redacción entre otras que dificultaba el claro entendimiento del módulo para el personal no especializado. Por otra parte, respecto a la información contenida en el módulo, el 60% de los entrevistados observaron que la calidad de la información resultaba poco clara, llegando a tornarse confusa y/o enredada; mientras que, en la cantidad de la información, los comentarios fueron dirigidos hacia críticas de tipo excesiva. Además, fue de destacar que, en la mayoría de las opiniones, el 80%, refirió que los usuarios de la guía se beneficiarían mayormente de una información

más específica.

2. ESQUEMA PRINCIPAL

Este módulo de la GI-mhGAP abarca los trastornos del desarrollo, trastornos conductuales y trastornos emocionales.

a. Trastornos incluidos

Mayormente, el 70 % de los entrevistados, identificó la necesidad de reestructurar a los trastornos incluidos en el módulo a clasificaciones vigentes.

Trastornos del desarrollo

Se caracterizan por un retraso o alteración en la adquisición de habilidades en una variedad de dominios del desarrollo. La guía da una aproximación a estos trastornos, incluyendo la discapacidad y el espectro autista, en el caso del TDAH, el DSM 5 lo define como un trastorno del neurodesarrollo, dando oportunidad de subestimar a este trastorno como únicamente una alteración conductual.

“Esta división hace que se tenga una visión muy general [de los trastornos], no hacen especificaciones incluso de que tanto lo conductual como lo emocional pueden ser parte del desarrollo [normal]... parece ser una distribución funcional [para fines de la guía]...Podría ser más funcionalidad [una clasificación] en base al desarrollo...el TDAH debería estar incluido [en los trastornos del neurodesarrollo]... Se sigue estigmatizando al TDAH como un trastorno de conducta no así del neurodesarrollo”.

Trastornos de la conducta

Los trastornos del comportamiento disruptivo están asociados a un impacto negativo tanto para los niños como para sus familias, y a un rango de peores resultados adaptativos a lo largo del desarrollo. Debido al estigma que pueden generar estos trastornos, ponderando el impacto negativo, el 30% de los entrevistados considero que era preferible no incluirlos en la GI-mhGAP. En una perspectiva diferente, el 30% de los entrevistados ponderaron a la difusión de la información de los trastornos conductuales, sin embargo, resaltando la importancia de esclarecer la clasificación existente dentro de este grupo de trastornos.

Trastornos emocionales

Estos trastornos, se encuentran entre las principales causas relacionadas con la salud mental en la carga mundial de enfermedad en los jóvenes. Dentro de este apartado se incluyen los trastornos depresivos y trastornos de ansiedad. Se conoce que los niños, si pueden manifestar síntomas diferentes que orienten a la identificación de cualquiera de los trastornos emocionales. Esto fue observado por más de la mitad de los entrevistado, expresando en el 60% la necesidad de señalar esta división.

“Entiendo que la guía dice que esto se caracterizan por grados más altos de ansiedad, depresión, temor y síntomas somáticos, pero no es normal tener eso...creo que es poque existe la creencia de que los niños no se deprimen, entonces no se piensa en depresión ni otros síntomas afectivos... también, sería importante aclarar que la ansiedad no es un síntoma, es un trastorno y que los niños también pueden tener ansiedad generalizada, paroxísticas u otras”.

b. Manifestaciones comunes

En Psiquiatría y especialmente en Psiquiatría Infantil, existen muy pocos síntomas, estos, a su vez, no nos específicos y son compartidos por la mayoría de los trastornos, lo que puede generar dificultad o confusión para ser identificados por el personal no especializado.

“Los términos en muchas ocasiones tendrían que tener ejemplos, estos ejemplos tendrían que ir alineado al síntoma en particular. Para que propiamente el clínico que no está familiarizado con esta sintomatología pueda tener más claro a que se está refiriendo”.

3. EVALUACIÓN

Es el proceso que permite identificar el estado de salud o enfermedad de un individuo y con ello establecer un plan terapéutico. En la GI-mhGAP, la sección de “Evaluación” se presenta en forma de diagrama de flujo con múltiples puntos de evaluación clínica. Cada módulo comienza con las manifestaciones comunes del presunto trastorno.

“Está hecha de una manera muy sintética... Se queda bastante corto y no da una división entre factor de riesgo, manifestación clínica, antecedentes y entre si estas situaciones son reactivas a algo. Falta dar esa visión de quien evalúa cada cosa (multi informantes), pero no se le da aquí una estructura...carece de la visión del desarrollo”.

“Lo presentan como si fuera una evaluación del niño sano donde haces el rastreo de todos los síntomas para buscar algo. Me parece que en primer nivel podría confundirse o perder mucho tiempo al hacer rastreo”.

“Tendría que partir del desarrollo...pondría sugerencias de preguntas guías o de expresiones que llegan a decir los niños. Darle al que vaya a entrenarse en la guía, la opción de cómo pueden abordar síntomas, [mediante] que preguntarles o [identificarlo de] como lo pueden referir”.

a. Diagramas de flujo

Supone ventajas significativas el representar gráficamente los pasos y las decisiones que se toman para llevar a cabo un proceso.

“La forma me parece bien construida entre si / no... van dando de manera sencilla y cerrada tomar decisiones”.

Aunque la mayoría de los participantes (70%) expresó que el diseño secuenciado de los diagramas ponderaba mayores desventajas.

“Tienes que ir paso [a] paso y eso lo puede volver complejo, ¡como si tuvieras que encontrar todo!, digamos descartar [de] todo”.

“Como esta secuenciado es como si estuvieras [que] encontrar [forzosamente] algo, en términos estrictos no voy a llegar a nada”.

Además, cada diagrama de flujo de evaluación fue analizado independientemente.

I. Para detectar trastornos del desarrollo:

“[Es] sencillo y simple, basta con que alguien sospeche que está habiendo una alteración del desarrollo”.

II. Para detectar problemas de Falta de atención o de hiperactividad:

“La información no es muy clara...arriba lo ponen en [trastornos de la] conducta, pero sabemos que es desarrollo...tendrían que estar en [el diagrama de flujo del] neurodesarrollo...es confuso para quien no está familiarizado”.

- III. Para determinar si existe un trastorno conductual:
“[Los síntomas] dejan mucho sesgo en duración, intensidad, frecuencia, pasan por alto manifestaciones que pueden ser normales por la edad o que no son específicas de los trastornos”.
- IV. Para determinar si hay trastornos emocionales:
“[Esta] mejor hecho desde las manifestaciones clínicas porque si hacen una división por edad... Aunque debería dejar claro cuáles son los síntomas más de orientación hacia ansiedad y cuales a depresión”.
- V. Para determinar si existen otros posibles trastornos MNS prioritarios:
“[Da la impresión que] es de relleno”.
- VI. Entorno doméstico y VII. Entorno escolar:
“Deberían ser evaluados en todos los trastornos”.

“Cuando tienes sospecha de [algún] trastorno [debes] buscar la disfunción tanto en la escuela y en la casa... lo integraría como parte de la evaluación inicial”.

b. Manifestaciones en casos de urgencia

Por definición en una urgencia psiquiátrica hay una alteración del estado mental que pone en riesgo su vida y/o la de otros.

“Como primer paso [se tendría que] aclarar si es una urgencia, si es, no tiene caso seguir con el resto de los algoritmos”.

“Viene lo de riesgo de suicidio y manda el módulo del suicidio, pero el módulo está diseñado para población adulta”.

“Me parece bien porque es muy concreto el de urgencia, tal vez no el de referencia”.

c. Enfermedades físicas que pueden asemejarse

Muchas enfermedades y trastornos cursan con síntomas similares. Para ello el diagnóstico

diferencial permite diferenciar los síntomas que corresponden al trastorno mental y los síntomas que corresponden a otra enfermedad.

“Está limitado...de una forma muy simple el catálogo de lo que debería sospecharse de cuestiones no psiquiátricas es mucho más amplios”.

“A lo mejor en lugar de poner las enfermedades, sería mejor poner los síntomas (por ejemplo, la fatiga), que son comunes de otras enfermedades”.

“Primero [se debería] valorar el estado general de salud, no esperar hasta que no hubiera mejoría del síntoma [psiquiátrico] y entonces considerar otras enfermedades”.

3. MANEJO

La sección de “Manejo” consta de detalles de intervención que suministran información sobre cómo tratar los trastornos específicos que se han evaluado. Esto incluye intervenciones psicosociales y farmacológicas más técnicas, cuando proceda.

Mayormente, el 80% de los participantes, emitieron comentarios que confluían en que la información resultaba difusa y, por ende, derivaba en ser poco práctico al trasladar las intervenciones.

“Todo lo que está escrito en el manejo cuadra perfectamente con recomendaciones, evidencias, guías clínicas, pero no tiene que ver con la realidad...Está escrito políticamente correcto pero impráctico en la vida real y en la situación de la práctica”.

“A nivel de manejo se queda meramente en cuestiones informativas y no así de generar estrategias de intervención”.

“Está bien gráficamente, pero se quedan muy general. Me parece complejo”.

A. Protocolos

Son documento que contiene información que sirve como una guía de tratamiento de situaciones específicas o enfermedades relevantes. Cada protocolo fue analizado

individualmente, encontrando opiniones similares entre los especialistas.

“Son cosas muy generales, tampoco viene quien se va a encarga de eso. Eso hace que esto se vuelva utópico e incluso muy criticable”.

La mitad de los participantes expresó la necesidad de definir las diferencias entre problema y trastorno.

“No queda claro a que se refieren con problema y trastorno, si uno es más grave (trastorno) que el otro (problema)... ¿tengo que esperar que sea grave para hacer intervenciones? ...lo que ponen en problema, ¿no se puede hacer en trastorno?”.

I. Psicofármacos

El 30 % consideró que deberían ser empleados en primer nivel de atención:

“A lo mejor pedir asesoría, pero de entrada decir que no, no me parece adecuado...en depresión, ese no rotundo de considere el tratamiento farmacológico de primera línea, es negarle la oportunidad a un chavo de recibir tratamiento”.

Otro 40% expresó negativa a su empleo:

“Tendría que ser el paído quien inicie el tratamiento, especialmente de los estimulantes...se corre el riesgo que [los médicos no especialistas] comiencen a sobre diagnosticar y a dar mal uso de los medicamentos”.

Los especialistas restantes, el 30%, manifestaron la necesidad de incluir recomendaciones de tratamiento:

“Sí, [otorgar] pautas para iniciar tratamientos y si vamos a iniciar las pautas para tratamiento hay que decirles cómo. A lo mejor hacer un ensayo terapéutico y si no funciona enviarlo”.

“Incluir recomendaciones, [así como] el manejo sintomático. No hay como tal una evidencia clínica que te va a generar una desviación o modificación del desarrollo. Incluir todos los grupos [de fármacos], todos están incluidos en el cuadro básico de la OMS”.

B. Intervenciones psicosociales

En los tratamientos psiquiátricos, las intervenciones psicosociales forman parte del

tratamiento integral.

“Deberían venir la definición, no todos saben que son, quien participa...se podría pensar que solo es dar información y orientación por parte del médico...pero son mucho más amplias”.

I. Psicoeducación

“Es una buena lista de consejos, pero se queda corto para el tratamiento de problemas. Así, con lo que viene, muchos de nuestros pacientes terminarían en fracaso”.

II. Tratamiento psicológico:

“Si se tendría que poner cuales son terapias psicológicas con mayor eficacia de acuerdo a la evidencia”.

4. SEGUIMIENTO

La sección de “Seguimiento” suministra información detallada sobre cómo continuar la relación clínica e instrucciones detalladas para la gestión del seguimiento.

“Parece que está muy medicalizado, para una evaluación de fármacos está bien, pero para valoración integral se queda corto”.

I. Para determinar si hay mejoría

“Dejar claro que la evaluación de los resultados del tratamiento [farmacológico y no farmacológico] lo pueden hacer en primer nivel... tendría que haber una secuencia más específica de cuando se sugiere hacer las citas de valoración, que esperar de respuesta ... si mejora [según el trastorno] hacer plan para discontinuarlo y suspenderlo; si no mejora como en otras [enfermedades], revaloración”.

II. Evaluaciones de rutina

“Puede enriquecer que haya dos líneas de monitoreo...una, es monitoreo del desarrollo en todos, donde cualquiera haga una detección oportuna de alguna alteración...otra, donde pueda haber monitoreo de los síntomas en caso de trastorno... no todos dependen únicamente del fármaco, habrá que checar las intervenciones psicológicas, educativas, familiares, todo lo psicosocial”.

III. Monitoreo del tratamiento farmacológico

“Le falta visión a largo plazo ...cuando el especialista lo regresa ¿qué voy a seguir? o ¿cada cuanto lo voy a regresar?”.

DISCUSIÓN

FASE 1. ANÁLISIS DEL CUESTIONARIO DE RETROALIMENTACIÓN

De los 562 facilitadores que conformaron la muestra, se observa que mayormente fueron respuestas favorables sobre los aspectos generales de la capacitación; el 74% refirió una muy buena calidad, el 88% señaló que tuvo una duración adecuada, para el 60% el contenido fue adecuado y el 83.5% pudo resolver sus dudas. Estos resultados coinciden con otras opiniones expresadas a nivel mundial sobre las experiencias de implementar la GI-mhGAP en lo concerniente al módulo de MCON. Por ejemplo, en Etiopia, los facilitadores calificaron en general el curso de 'muy bueno' a 'excelente' ²⁶. En la capacitación en Ucrania, Armenia, Georgia y la República Kirguisa, los facilitadores expresaron actitudes positivas, consideraron que el curso era muy útil, afirmaron que la GI-mhGAP es una herramienta bien estructurada con materiales prácticos complementarios, además calificaron las pautas del GI-mhGAP como relevantes y necesarias ²⁷.

Por otro lado, el 71.9% de los facilitadores en esta capacitación, expresaron sentirse con capacidad para evaluar esta condición en su práctica clínica, resultados que coinciden con algunos de los estudios reportados a nivel mundial. En Uganda, se encontró una probabilidad 2.5 mayor [OR 2,48; IC 95% (1,31-4,68); $p = 0,005$] de que los facilitadores identificaran un MCON posterior a la capacitación ²⁸. En Nigeria, los facilitadores mostraron un aumento significativo en las puntuaciones medias de conocimiento de MCON ($t = 3,8$, $p < 0,001$), con un tamaño del efecto de 0.62 ²⁹.

Además, cerca de tres cuartas partes de los facilitadores (71.9%) expresaron sentirse con capacidad para manejar esta condición en su práctica clínica. Esto también fue referido en la capacitación de Ucrania, Armenia, Georgia y la República Kirguisa donde los facilitadores reportaron una mejora en los resultados de proporcionar un adecuado tratamiento ²⁷. Si bien

contrasta con lo reportado en Uganda donde la capacitación no mostró mejora en las intervenciones clínicas ²⁸.

A pesar de la percepción de auto eficacia para la evaluación y manejo de estos trastornos, solo la mitad de los facilitadores se sintió con capacidad de replicar el módulo, resultados similares fueron obtenidos en la retroalimentación del módulo de demencia de la misma capacitación ³⁰.

El análisis semántico evidenció la necesidad de extender la capacitación sobre los trastornos mentales y conductuales de niños y adolescentes, profundizando especialmente en el tratamiento farmacológico. Al respecto, en China se evidenció una necesidad de contenidos educativos adicionales y formación continua en salud mental para el personal de atención primaria para desarrollar su confianza en el reconocimiento y manejo de los trastornos ³¹.

A pesar de lo favorable que puedan parecer estos resultados, en otras latitudes se han emitido opiniones diferentes del módulo MCON. En Kenia, en el proceso de adaptación de la GI-mhGAP las partes interesadas recomendaron la exclusión de los problemas mentales y conductuales de niños y adolescentes, ya que no fueron reconocidos como enfermedades mentales, sino como consecuencias de una mala crianza ^{32,33}. En Argentina al implementar la GI-mhGAP, el módulo MCON no fue incluido en los entrenamientos de facilitadores ni en las capacitaciones al Primer Nivel de Atención. Esto fue decidido desde el nivel central ya que se observó que el abordaje propuesto no se adecuaba a los lineamientos propuestos por la Dirección Nacional de Salud Mental ¹⁶.

FASE 2. ANÁLISIS DE LAS ENTREVISTAS

Del análisis de las entrevistas de 10 especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia respecto al MCON de la GI-mhGAP. Dentro de las principales observaciones, en lo concerniente a la adaptación de la GI-mhGAP a nuestro medio, en este apartado se incluyeron opiniones respecto a que la guía debería mejorar la adaptación a nuestro contexto sociocultural, comenzando con el mejoramiento lingüístico al adecuar las palabras y/o términos empleados en la guía, ya que en muchas ocasiones, al derivar de una traducción literal del idioma inglés, en nuestro país difícilmente son empleados, perdiendo así la oportunidad de ser entendidos por cualquier facilitador que consulte la guía. Al respecto, en un estudio realizado

por Searle ³¹ en 2022, con personal de atención primaria en China, sobre la adaptación de la GI-mhGAP encontró opiniones similares al referir que se requieren de adaptaciones culturales y lingüísticas. En otro estudio realizado por Charlson ³⁴ en 2019, con personal del sistema de salud en Fiji, reportó como áreas de oportunidad el adaptar a la GI-mhGAP y los manuales de capacitación al contexto local.

Al mismo tiempo, los entrevistados sugirieron realizar modificaciones de los trastornos incluidos en el módulo. Principalmente destacaron que los trastornos de ansiedad deberían ser incluidos dentro de los trastornos emocionales y no solo ser referidos como una manifestación sintomática. Respecto a los trastornos de la conducta, un tercio opinó que deberían especificarse cuales trastornos forman parte de ese apartado; desde otra perspectiva, otro tercio de los entrevistados refirió que debido al estigma que generan en medios no especializados, consideran razonable que los trastornos conductuales fueran removidos de la GI-mhGAP. Si bien, la principal sugerencia expresada fue que el TDAH sea incluido en los trastornos del neurodesarrollo, ya que esto incrementa las oportunidades de un manejo integral. En la revisión de la literatura no se encontraron mención similar de estas sugerencias en los procesos de adaptación ni capacitación de las GI-mhGAP. Aunque, es de destacar un estudio realizado en Nigeria, donde posterior a la capacitación sobre TDAH, reconocido como una alteración del neurodesarrollo, los participantes expresaron menos actitudes negativas e incremento en el conocimiento de las intervenciones conductuales de este trastorno ³⁵.

Evaluación

Los expertos señalaron que, la evaluación tendría que iniciar con el desarrollo esperado para la edad; esta evaluación debería estar acorde con las guías que se disponen para ese fin. Aun cuando no se encontraron artículos con una postura similar, Raj ³⁶ en 2022 en una revisión de literatura hace la recomendación de incluir los recursos de la GI-mhGAP y de la IACAPAP en los materiales base para las capacitaciones sobre MCON. Respecto a la evaluación del entorno doméstico y escolar donde la mayoría de las opiniones de los entrevistados confluyeron en que estos tendrían que evaluarse ante sospecha de cualquier trastorno, y no como entidades separadas; sin embargo, no fueron encontrados otros artículos con esta misma propuesta en la revisión de este estudio.

Otro punto que destacan los especialistas es la necesidad de incluir las manifestaciones de urgencias psiquiátricas, sugerencia similar a la referida por Searle ³¹ quien pondera incluir consideraciones de urgencias, principalmente de riesgo suicida. Además, en ese mismo autor señaló que la lista de síntomas debería ser más amplia, misma observación que fue hecha por los especialistas en este estudio.

Manejo

Respecto a las intervenciones psicofarmacológicas, dos terceras partes de los entrevistados, apuntaron hacia el inicio del tratamiento desde primer nivel. Misma recomendación hecha por Charlson ³⁴, al identificar cómo área de oportunidad mejorar el acceso a este grupo de fármacos en medios no especializados. El resto de los entrevistados, en contraparte indicaron que este grupo de fármacos solo deberían ser indicados por especialistas. Al respecto, se encontró que en el 2011 fue publicado un artículo de directrices basadas en la evidencia para los trastornos MNS en países de ingresos bajos y medios, con recomendaciones de la OMS, en dicho trabajo se sugería que únicamente los adolescentes con depresión podrían ser considerados para tratamiento por los médicos no especialistas, indicando que en el resto de los trastornos incluido el TDAH, ansiedad, depresión infantil, deberían ser indicados por el especialista ³⁷. Es de destacar que en este mismo artículo enfatizan que las intervenciones psicosociales como Terapia Cognitivo Conductual, la terapia de socialización, el entrenamiento de habilidades parentales debería ser realizado. Aunque la guía recomienda un amplio espectro de intervenciones psicosociales, poca información es incluida en la mayoría de las publicaciones, esto también observado por Petagna ³⁸ en 2022 al realizar una revisión sistémica de 12 artículos, lo cual concuerda con lo obtenido en una revisión sistema que también incluyó 12 estudios.

Seguimiento

El sistema de Referencia-contrarreferencia, se refiere al procedimiento médico-administrativo entre establecimientos para la atención médica de los tres niveles de atención, para facilitar el envío-recepción-regreso de pacientes, con el propósito de brindar atención médica oportuna, integral y de calidad ³⁹. En este estudio los expertos señalaron que los diagramas no mostraban

una información clara que orientada a como realizar adecuadamente este procedimiento entre los diversos niveles de atención disponibles en nuestro país. Si bien esto no fue explícitamente evidenciado en ninguno de los estudios consultados.

Recomendaciones

Respecto a la adaptación, se toman las recomendaciones emitidas por Searle et al.³¹ que incluyen la necesidad de adecuación lingüística y cultural, una lista de síntomas más amplia y menos estricta, consideraciones rutinarias de riesgo, implicar a la familia como parte del proceso de evaluación y atención, contenidos educativos adicionales, para el personal no especializado, formación continua en salud mental para desarrollar su confianza en el reconocimiento y manejo de los trastornos.

Para el proceso de capacitación de las guías, se toman las recomendaciones de Raj et al.³⁶ quien señala incorporar recursos educativos de la GI-mhGAP y de la Asociación Internacional de Psiquiatría del Niño y del Adolescente y Profesionales Afines (IACAPAP), además de integrar otros recursos como los programas de infancia y desarrollo de la Secretaría de Salud, material de apoyo para entrevistas y otros recursos electrónicos que faciliten el conocimiento de los MCON^{40, 41, 42}. También se recomienda tiempos adecuados en las capacitaciones para la discusión y reflexión de casos, incluir aprendizaje basado en casos clínicos, así como comprensión y aplicación los conocimientos de COMN para el diagnóstico, manejo y los problemas del desarrollo para adecuarse a los contextos locales³⁶.

CONCLUSIONES

1. Los facilitadores capacitados, consideran adecuados los aspectos generales de la capacitación. Si bien aun cuando se perciben eficientes en identificar y manejar los trastornos mentales y conductuales del niño y adolescente, reportan la necesidad de mayor entrenamiento y supervisión para continuar replicando la capacitación.
2. Los especialistas en Psiquiatría Infantil y de la Adolescencia reportan necesario realizar modificaciones en todas las secciones del módulo (evaluación, manejo, seguimiento) para

hacerlo para adecuado a nuestro medio y hacerlo más entendible a los diferentes perfiles de usuarios.

3. Se identifican como principales recomendaciones realizar mejoras en la adaptación y capacitación de las guías, pudiéndose basar en recomendaciones internacionales.

LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES

Como todo estudio, este no está exento de limitaciones, entre las cuales podemos mencionar:

1. La base de datos de los formularios de retroalimentación no contaba con la profesión del facilitador capacitado, y no es una muestra representativa de todos los profesionales de primer nivel a quienes se dirige la GI-mhGAP.
2. La información sobre las experiencias de los capacitados aun es limitada y más limitada para el módulo de los trastornos mentales y conductuales del niño y adolescente.
3. Necesidad de mayor información y evidencia en Latinoamérica.
4. La muestra de especialistas fue limitada, además los entrevistados únicamente fueron residentes de la CDMX con práctica clínica en la Secretaria de Salud.

Dentro de las recomendaciones se puntualiza:

1. Incluir la profesión del facilitador en las bases de datos para su análisis y cruce de variables.
2. Realizar estudios que permitan evaluar el efecto de la implementación de las GI-mhGAP sobre la identificación, manejo y seguimiento de los trastornos mentales en la población mexicana.
3. Incrementar la muestra de especialistas entrevistados e incluir participantes de toda la república con práctica clínica privada y / o publica en diferentes instituciones para tener un panorama más amplio de su opinión.

REFERENCIAS

1. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D. Construcción del concepto de salud mental positiva: revisión sistemática. Muñoz CO, Restrepo D, Cardona D Construcción del concepto de salud mental positiva Revisión sistemática Rev Panam Salud Publica. 2016;39(3):166–73.
2. “No hay salud sin salud mental” [Internet]. Paho.org. [cited 2021 Jun 2]. Available from: <https://www.paho.org/es/noticias/8-10-2020-no-hay-salud-sin-salud-mental>
3. Mental S. Programa de Acción Específico [Internet]. Gob.mx. [cited 2021 Jun 2]. Available from: http://consame.salud.gob.mx/Descargas/Pdf/Salud_Mental.pdf
4. OMS. Guía de Intervención para los trastornos mentales, neurológicos y por uso de sustancias. 2013 [cited 2021 Jun 2]; Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/mhGAP_intervention_guide/es/
5. OMS. Adolescentes y salud mental. 2015 [cited 2021 Jun 2]; Available from: https://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/mental_health/es/
6. Salud mental del adolescente [Internet]. Who.int. [cited 2021 Jun 2]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health>
7. OMS. Programa de acción para superar las brechas en salud mental. 2013 [cited 2021 Jun 2]; Available from: https://www.who.int/mental_health/publications/9789242596205/es/
8. OMS. Implementación del Programa de acción mundial para superar las brechas en salud mental - mhGAP- en la Región de las Américas. 2016 [cited 2021 Jun 2]; Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/33715>
9. OMS. Atlas de Salud Mental 2017 [Internet]. Creap.es. [cited 2021 Jun 2]. Available from: <http://www.creap.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/atlasaludmental2017.pdf>
10. Panamerican Health Organization. Atlas de salud mental de las Américas 2017. Paho; 2018. [cited 2021 Jun 2]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/49664>
11. Heinze G, del Carmen Chapa G, Santisteban JA, Vargas I. Los especialistas en psiquiatría en México: su distribución, ejercicio profesional y certificación [Internet]. Gob.mx. 2012 [cited 2021 Jun 2]. Available from: <http://www.inprf-cd.gob.mx/pdf/sm3504/sm3504279.pdf>

12. Heinze G, Departamento de Investigación del Departamento de Psiquiatría y Salud Mental. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Autónoma de México., Chapa G del C, Carmona-Huerta J, Dirección de Servicios Clínicos. Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente Muñiz. Los especialistas en psiquiatría en México: año 2016. *Salud Ment (Mex)*. 2016;39(2):69–76.
13. OMS. Guía de intervención mhGAP para los trastornos mentales, neurológicos y por consumo de sustancias en el nivel de atención de salud no especializada. Versión 2.0. OPS; 2017 [cited 2021 Jun 2]. Available from: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/34071>
14. Spagnolo J, Lal S. Implementation and use of the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG): A review of the grey literature. *J Glob Health*. 2021;11(04022):04022.
15. Keynejad RC, Dua T, Barbui C, Thornicroft G. WHO Mental Health Gap Action Programme (mhGAP) Intervention Guide: a systematic review of evidence from low and middle-income countries. *Evid Based Ment Health [Internet]*. 2018;21(1):30–4. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/eb-2017-102750>
16. República Argentina, Ministerio de Salud y Desarrollo Social de la Nación, Organización Panamericana de la Salud. Implementación del programa mhGAP en Argentina, 2018-2019. Buenos Aires: MINSAL; 2020 [acceso el 09 de enero del 2022]. Disponible en: <https://bancos.salud.gob.ar/sites/default/files/2020-01/boletin-implementacion-programa-mhgap-2019.pdf>
17. Sapag JC, Álvarez Huenchulaf C, Campos Á, Corona F, Pereira M, Véliz V, et al. Programa de Acción Mundial para Superar las Brechas en Salud Mental (mhGAP) en Chile: aprendizajes y desafíos para América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*. 2021;45:1
18. México: Grandes avances en la implementación del programa mhGAP [Internet]. Paho.org. [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://www.paho.org/es/mexico-grandes-avances-implementacion-programa-mhgap>
19. Programa de Acción Específico. Salud Mental Y Adicciones 2020 2024 [Internet]. Gob.mx [cited 2022 Jun 9]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/626039/PAE_CONASAMA_26_3_21.pdf

20. Programa Sectorial de Salud PSS 2020 2024 [Internet]. Gob.mx [cited 2022 Jun 9]. Available from: https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/642844/Informe_de_Avance_y_Resultados_2020___Secretar_a_de_Salud.pdf
21. SAP. Implementación del Programa de Acción para Superar las Brechas en Salud Mental de la OMS (mhGAP) en México. 2020. [Documento interno]
22. Robles R, López-García P, Miret M, Cabello M, Cisneros E, Rizo A, et al. WHO-mhGAP training in Mexico: Increasing knowledge and readiness for the identification and management of depression and suicide risk in primary care. *Arch Med Res.* 2019;50(8):558–66 [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32062428/>
23. Miguel-Esponda G, Bohm-Levine N, Rodríguez-Cuevas FG, Cohen A, Kakuma R. Implementation process and outcomes of a mental health programme integrated in primary care clinics in rural Mexico: A mixed-methods study. *Int J Ment Health Syst.* 2020;14:21. doi: 10.1186/s13033-020-00346-x.eCollection 2020
24. De la Barra F, Irarrazaval M, Valdes A, Soto-Brandt G. Evolving child and adolescent mental health and development programs in Chile. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2019;43:e33. Available from: <http://dx.doi.org/10.26633/RPSP.2019.33>
25. Humayun A, Haq I, Khan FR, Azad N, Khan MM, Weissbecker I. Implementing mhGAP training to strengthen existing services for an internally displaced population in Pakistan. *Glob Ment Health (Camb)* [Internet]. 2017;4(e6):e6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/gmh.2017.1>
26. Tesfaye M, Abera M, Gruber-Frank C, Frank R. The development of a model of training in child psychiatry for non-physician clinicians in Ethiopia. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2014;8(1):6. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/1753-2000-8-6>
27. Pinchuk I, Yachnik Y, Kopchak O, Avetisyan K, Gasparyan K, Ghazaryan G, et al. The implementation of the WHO mental health gap intervention guide (mhGAP-IG) in Ukraine, Armenia, Georgia and Kyrgyz Republic. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2021;18(9):4391. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph18094391>
28. Akol A, Makumbi F, Babirye JN, Nalugya JS, Nshemereirwe S, Engebretsen IMS. Does mhGAP training of primary health care providers improve the identification of child- and adolescent mental, neurological or substance use disorders? Results from a randomized

- controlled trial in Uganda. *Glob Ment Health (Camb)* [Internet]. 2018;5(e29):e29. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/gmh.2018.18>
29. Onileimo V, Bella-Awusah T, Lasebikan V, Omigbodun O. Brief training in child and adolescent mental health: Impact on the knowledge and attitudes of pediatric nurses in Nigeria. *J Child Adolesc Psychiatr Nurs* [Internet]. 2021;34(3):164–70. Available from: <http://dx.doi.org/10.1111/jcap.12312>
30. Astudillo-García CI, Xochihua-Tlecuitl T, Velásquez JJM, López-Montoya A, Austria-Corrales F. Training of trainers in the GI-mhGAP dementia module: National training experience in Mexico. *Alzheimers Dement* [Internet]. 2021;17 Suppl 8(S8):e052437. Available from: <http://dx.doi.org/10.1002/alz.052437>
31. Searle K, Blashki G, Kakuma R, Yang H, Minas H. Listening to the Shenzhen primary healthcare context to adapt the mhGAP-IG.V2 for the assessment of depression: Qualitative workshops with primary healthcare leaders. *Int J Environ Res Public Health* [Internet]. 2022;19(5):2570. Available from: <http://dx.doi.org/10.3390/ijerph19052570>
32. Bitta MA, Kariuki SM, Gona J, Abubakar A, Newton CRJC. Priority mental, neurological and substance use disorders in rural Kenya: Traditional health practitioners' and primary health care workers' perspectives. *PLoS One* [Internet]. 2019;14(7):e0220034. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0220034>
33. Bitta MA, Kariuki SM, Omar A, Nasoro L, Njeri M, Kiambu C, et al. Contextualizing and pilot testing the Mental Health Gap Action Programme Intervention Guide (mhGAP-IG) to primary healthcare workers in Kilifi, Kenya. *Glob Ment Health (Camb)* [Internet]. 2020;7(e11):e11. Available from: <http://dx.doi.org/10.1017/gmh.2020.6>
34. Charlson F, Chang O, Kubuabola I, Schess J, Latu C, Hunter E, et al. Implementation of the mental health Gap Action Programme (mhGAP) within the Fijian Healthcare System: a mixed-methods evaluation. *Int J Ment Health Syst* [Internet]. 2019;13(1):43. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13033-019-0301-z>
35. Lasisi D, Ani C, Lasebikan V, Sheikh L, Omigbodun O. Effect of attention-deficit-hyperactivity-disorder training program on the knowledge and attitudes of primary school teachers in Kaduna, North West Nigeria. *Child Adolesc Psychiatry Ment Health* [Internet]. 2017;11(1):15. Available from: <http://dx.doi.org/10.1186/s13034-017-0153-8>
36. Raj V, Raykar V, Robinson AM, Islam MR. Child and adolescent mental health training programs for non-specialist mental health professionals in low and middle income

- countries: A scoping review of literature. *Community Ment Health J* [Internet]. 2022;58(1):154–65. Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-021-00805-w>
37. Dua T, Barbui C, Clark N, Fleischmann A, Poznyak V, van Ommeren M, et al. Evidence-based guidelines for mental, neurological, and substance use disorders in low- and middle-income countries: summary of WHO recommendations. *PLoS Med* [Internet]. 2011;8(11):e1001122. Available from: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pmed.1001122>
38. Petagna M, Marley C, Guerra C, Calia C, Reid C. Mental Health Gap Action Programme intervention guide (mhGAP-IG) for child and adolescent mental health in Low- and Middle-Income countries (LMIC): A systematic review. *Community Ment Health J* [Internet]. 2022; Available from: <http://dx.doi.org/10.1007/s10597-022-00981-3>
39. Norma Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico. https://dof.gob.mx/nota_detalle.php?codigo=5272787&fecha=15/10/2012#gsc.tab=
40. Vigilancia del desarrollo en la primera infancia. <https://www.gob.mx/salud/censia/articulos/desarrollo-infantil-vitales-los-primeros-anos-de-vida-131171?state=published>
41. Castaner A. Información Básica para entrevistas. UNICEF; 2017 [cited 2022 Jun 2]. Available from: <https://www.unicef.org/mexico/media/1281/file/Informaci%C3%B3n%20b%C3%A1sica%20para%20entrevistas.pdf>
42. Videoteca de actividades de difusión de la cultura jurídica de la Suprema Corte de Justicia de la Nación. eventos [Internet]. Gob.mx. [cited 2022 Jun 9]. Available from: <https://www.sitios.scjn.gob.mx/videoteca/reproduccion/536/M%C3%B3dulo%20III>
43. Galicia Alarcón LA, Balderrama Trápaga JA, Edel Navarro R. Content validity by experts judgment: Proposal for a virtual tool. *Apertura* [Internet]. 2017;9(2):42–53. Available from: <http://dx.doi.org/10.32870/ap.v9n2.993>

ANEXOS

Anexo 1. Carta de aprobación para el proyecto actual, por el Comité de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



Ciudad de México a 01 de febrero de 2022
Oficio No. SPPS/DGSAP/HPIJNN/024/2022
Asunto: Registro de tesis derivada

Dra. Claudia Iveth Astudillo García
Investigador responsable
HPIJNN
P r e s e n t e

En relación con el proyecto a su cargo y que se especifica a continuación:

Título del proyecto: *"Capacitación, evaluación y supervisión en atención integral de trastornos prioritarios de salud mental y adicciones en niños, niñas y adolescentes, desde una perspectiva de atención comunitaria en salud mental."*

Se informa que el proyecto que se especifica a continuación se registró en esta división como proyecto de tesis sin asignación de clave de registro ya que se deriva de un protocolo externo al HPIJNN:

Título: *"Módulo de trastornos mentales y conductuales del niño y del adolescente de la GI-mhGAP: experiencias expresadas por los facilitadores capacitados y opinión de los especialistas en Paidopsiquiatría"*.

Tesis de: Especialidad en Psiquiatría infantil y de la adolescencia

Tesista: **Marvin Denisse Castro Muñoz.**

Se notifican las siguientes obligaciones que adquieren el investigador y el tesista:

Deberá entregar durante la primera semana de noviembre un informe de avances del proyecto derivado así como envío de pdf's de los productos generados al e-mail investigacionhpi@gmail.com (presentaciones en congresos, etc.)

En este informe deberá identificar el número de expediente clínico del paciente si fuese el caso (si es nueva recolección por enmienda o por proyecto nuevo) y asegurarse de la existencia en el expediente del HPI de la copia del consentimiento informado y la nota de investigación respectiva.

Sin más por el momento, reciba un cordial saludo.

A t e n t a m e n t e
Jefa de la División de Investigación

Dra. Patricia Zavaleta Ramírez

ccp. Archivo de la división de investigación.



Anexo 2. Formulario de retroalimentación

PROGRAMA DE ACCIÓN PARA SUPERAR LAS BRECHAS EN SALUD MENTAL (mhGAP) Formulario de retroalimentación _2ª generación

Correo electrónico: _____ Grupo: _____

Edad: _____ Sexo: Mujer Hombre

Nombre del módulo de la capacitación (Marque solo una opción):	
<input type="checkbox"/> Atención y prácticas esenciales y conductuales del niño y del adolescente <input type="checkbox"/> Depresión <input type="checkbox"/> Psicosis <input type="checkbox"/> Epilepsia <input type="checkbox"/> Trastornos Mentales y Autolesión/Suicidio <input type="checkbox"/> Demencia <input type="checkbox"/> Trastornos por consumo de sustancias <input type="checkbox"/> Estrés	
Por favor conteste las siguientes preguntas:	
1. Calidad general de esta capacitación	<input type="checkbox"/> Muy buena <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Necesita mejorar
2. Duración de esta capacitación	<input type="checkbox"/> Muy breve <input type="checkbox"/> Adecuada <input type="checkbox"/> Muy larga
3. El contenido/ instrucciones del facilitador fueron	<input type="checkbox"/> Difíciles de entender <input type="checkbox"/> Adecuadas <input type="checkbox"/> Fáciles de entender
4. ¿Pudo resolver sus dudas con respecto al mismo modulo del curso virtual?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> No tenía dudas
5. ¿Se siente usted en capacidad de evaluar esta condición en su práctica clínica cotidiana?	<input type="checkbox"/> Si <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> No
6. ¿Se siente usted en capacidad de manejar esta condición en su práctica clínica?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> No

7. ¿Se siente usted en capacidad para replicar este módulo y capacitar a personal de primer nivel de atención?	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> Parcialmente <input type="checkbox"/> No
8. ¿Qué fue lo que más le gustó, o lo que fue lo más útil en este módulo?	
9. ¿Qué aprendió de este módulo que piensa que puede serle útil en su trabajo?	
10. ¿Hubo algo que no entendió bien durante este módulo? Por favor proporcione ejemplos específicos.	
11. Considerando tanto el modulo del curso virtual, como esta sesión con expertos, ¿qué sugeriría para mejorar la capacitación de este tema?	

Anexo 3. Plantilla para adaptar el módulo de Trastornos Mentales y Conductuales del Niño y el Adolescente (TNA) de la GI-mhGAP

Plantilla para adaptar el módulo de Trastornos Mentales y Conductuales del Niño y el Adolescente (TNA) de la GI-mhGAP



Nombre: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Años de experiencia clínica: _____

Otros estudios de postgrado? Si__ NO__ Especifique: _____

¿Cuál es su opinión general del módulo de TNA de la GI-mhGAP?

Comentarios sobre el módulo TNA de la GI-mhGAP:

Sección	Pág.	¿Qué comentario tiene al respecto?	
PANORAMA GENERAL			
Presentaciones comunes/ componentes generales	69		
Trastorno del desarrollo Trastornos conductuales Trastornos emocionales	69	Modificaría	Eliminaría
¿Agregaría otro padecimiento?	69		
Cuadro 1: manifestaciones comunes de los trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente por grupo etario.	71		
EVALUACIÓN			
Manifestaciones comunes de los trastornos mentales y conductuales del niño y el adolescente (componentes generales)	72		
Algoritmo de evaluación: 1. Para detectar trastornos del desarrollo 2. Para detectar problemas de Falta de atención o de hiperactividad 3. Para determinar si existe un trastorno conductual 4. Para determinar si hay trastornos emocionales 5. Para determinar si existen otros posibles trastornos MNS prioritarios 6. Entorno doméstico 7. Entorno escolar	73-84		
-Manifestaciones en casos de urgencia - Referencia a un especialista en los casos de urgencia	73-84		
-Síntomas que se deban a alguna enfermedad física - Referencia para tratar enfermedades físicas presentes	73-84		
MANEJO			
PROTOCOLOS (componentes generales)	85-86		

Sección	Pág.	¿Qué comentario tiene al respecto?
1. Retraso/trastorno del desarrollo 2. Problemas de la conducta 3. Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) 4. Trastorno conductual 5. Problemas emocionales 6. Trastorno emocional o depresión	85-86	
INTERVENCIONES PSICOSOCIALES (componentes generales)	87-89	
-Psicoeducación	87-89	
-Otras intervenciones	87-89	
- ¿Qué personal de salud considera de debería participar en las intervenciones psicosociales?		
INTERVENCIÓN FARMACOLÓGICA (componentes generales)		
-Indicaciones -Dosificación -Efectos secundarios -Contraindicaciones / precauciones -Duración		
Lista de medicamentos ¿Son suficientes?, ¿Son acordes a lo disponibilidad en su institución?, ¿sugeriría algún otro(s) fármaco(s)?		
SEGUIMIENTO		
Evalúe para determinar si hay mejoría	90-92	
Realice evaluaciones de rutina	90-92	
Monitoree el tratamiento farmacológico cuando proceda	90-92	
¿Qué personal de salud considera de debería participar en el seguimiento?	90-92	

¿Qué información mínima sobre niños y adolescentes considera usted que debería conocer el personal de atención no especializada?

¿Cómo especialista le es útil esta guía para que personal no especializado pueda identificar, evaluar, tratar y referir a NNA con trastornos mentales y conductuales? Explique:

Anexo 4. Carta de aprobación para el proyecto general, por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".



SALUD
SECRETARÍA DE SALUD



2020
LEONORA VICARIO
BENEMÉRITA MADRE DE LA PATRIA



CCINSHAE
COMISIÓN COORDINADORA DE
INSTITUTOS NACIONALES DE SALUD
Y HOSPITALES DE ALTA ESPECIALIDAD



SERVICIOS DE
ATENCIÓN
PSIQUIÁTRICA



Ciudad de México a 25 de Septiembre 2020

Atención: Dra. Lilia Albores Gallo

Por medio de la presente le comunico que en relación con su proyecto titulado "Modelo de capacitación, evaluación y supervisión en atención integral de trastornos prioritarios de salud mental y adicciones, desde una perspectiva de Atención Comunitaria en salud mental."

El comité no encuentra inconveniente para emitir el dictamen de

APROBADO

En vista de que cumple los lineamientos bioéticos requeridos para su desarrollo.

Les deseamos éxito en su proyecto y quedamos atentos ante cualquier duda o comentario al respecto

Atentamente
Dr. Michel Gutiérrez Cenicerós
Presidente del Comité de Ética



Anexo 5. Carta de aprobación para el proyecto actual, por el Comité de Ética en Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro".



Comité de Ética en Investigación, Hospital Psiquiátrico Infantil, "Dr. Juan N. Navarro"

Ciudad de México, 15 de marzo del 2022
Asunto: carta de aprobación
Resolución No.: HPIJNN-CEI-DA-13-2022

MARVIN DENISSE CASTRO MUÑOZ
TESISTA
Presente

Por medio de la presente, hago constar que he recibido la carta compromiso para el manejo ético de los datos derivados del proyecto de tesis: **"MODULO DE TRASTORNOS MENTALES Y CONDUCTUALES DEL NIÑO Y DEL ADOLESCENTE DE LA GI-mhGAP: EXPERIENCIAS EXPRESADAS POR LOS FACILITADORES CAPACITADOS Y OPINIÓN DE LOS ESPECIALISTAS EN PAIDOPSIQUIATRÍA"**, sin asignación de clave de registro ya que se deriva de un protocolo externo al HPIJNN. Por lo que se extiende la presente, de conformidad con el cumplimiento de los lineamientos éticos, en el desarrollo de su proyecto de tesis.

Sin otro particular, hago propicia la ocasión para enviarle un cordial saludo.

Atentamente

Dra. Laura Fritsche García

Presidente del Comité de Ética de Investigación del Hospital Psiquiátrico Infantil "Dr. Juan N. Navarro"

c.c.p. Dra. Patricia Zavaleta Ramírez-Jefa de la división de Investigación, HPIJNN-Presente Archivo, HPIJNN-Presente



Anexo 6. Carta de consentimiento informado

HOSPITAL PSIQUIÁTRICO INFANTIL JUAN N. NAVARRO

CARTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPACIÓN EN PROTOCOLOS DE INVESTIGACIÓN

Lugar y fecha: Hospital Psiquiátrico Infantil Juan N. Navarro, Ciudad de México a _____ de _____ del 2021.

Protocolo: **Modelo de capacitación, evaluación y supervisión en atención integral de trastornos prioritarios de salud mental y adicciones, desde una perspectiva de Atención Comunitaria en salud mental**

Nombre del investigador principal: Dra. Claudia Iveth Astudillo García

Dirección del sitio de investigación: Av. San Fernando 86, Belisario Domínguez Secc 16, Tlalpan, 14080 Tlalpan, CDMX.
Teléfono: 55.73.48.66 y 55.73.48.44, Ext. 108

De acuerdo con los principios de la Declaración de Helsinki y con La ley General de Salud, Título Segundo. De los Aspectos Éticos de la Investigación en Seres Humanos CAPITULO I Disposiciones Comunes. Artículo 13 y 14.

En toda investigación en la que el ser humano sea sujeto de estudio, deberán prevalecer el criterio del respeto a su dignidad y la protección de sus derechos y bienestar. Debido a que esta investigación se consideró como riesgo mínimo o mayor de acuerdo al artículo 17 y en cumplimiento con los siguientes aspectos mencionados con el Artículo 21:

I. Yo: _____ declaro que se me propone participar en el proyecto de investigación.

II. Se me ha informado que se me realizará una entrevista.

III. Se me explicó que la entrevista es totalmente inofensiva, no representan ningún riesgo a mi salud o estado emocional y los resultados no tendrán repercusiones en mi salud.

IV. Se me comentó que mi única responsabilidad es proporcionar una opinión de mi área experta.

V. Los resultados se utilizarán con fines estadísticos.

VI. Se me ha asegurado que puedo preguntar todo lo relacionado con el estudio y mi participación

VII. Se me aclaró que puedo abandonar el estudio en cuanto yo lo decida. No renuncio a ninguno de mis derechos legales al firmar este documento de consentimiento.

VIII. Autorizo la publicación de los resultados de mi estudio a condición de que en todo momento se mantendrá el secreto profesional y que no se publicará mi nombre o revelará mi identidad. Los resultados obtenidos en las escalas y las entrevistas son totalmente confidenciales.

Con fecha _____, habiendo comprendido lo anterior y una vez que se me aclararon todas las dudas que surgieron con respecto a mi participación en el proyecto, acepto participar de manera voluntaria en el estudio titulado:

Firma de consentimiento

Firma de quien explicó el procedimiento

Testigo

Testigo